CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. 6 SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

TECHNIKA OPERACYJNA

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

ROK II. Nr. 4

15.IV.1937.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku .

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe.
2. Technika operacyjna,
3. Oceny i streszczenia.

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. Sprawozdania z posiedzeń i Zjazdów,
2. Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendia, konkursy i t. p.),
3. Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibliografię chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie się ukazały w polskim piśmiennictwie lekarskim; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

C e n y o g ł o s z e ń:

Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.

CHIRURG POLSKI

ROK II. WARSZAWA, 15 KWIETNIA 1937 R. Nr. 4

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.

O stosowaniu hormonów w lecznictwie chirurgicznym

podał

Dr. Jerzy Jasieński

Ordynator oddziału.

Pomimo wielkiego rozwoju endokrynologii, leczenie hormonami nie znalazło jeszcze dostatecznego zastosowania. Okazało się ono niezwykle cenne dla zastępczego wyrównania braku hormonu, względnie pobudzenia gruczołu dokrewnego do bardziej intensywnej pracy. Hormon gruczołów przytarczowych okazał się nie do zastąpienia w przypadkach tężyczki występującej po operacji wola. Preparaty przysadki mózgowej znajdują zastosowanie nie tylko w położnictwie dla pobudzenia skurczów macicy i w przypadkach moczówki prostej dla zahamowania wydzielania nadmiernej ilości moczu, lecz i w chirurgii, zwłaszcza w przypadkach wstrząsu. Adrenalina zwalcza skutecznie ostry spadek ciśnienia krwi i napady dychawicy oskrzelowej, drugi zaś hormon nadnercza — cortina — łagodzi objawy choroby Addisona. Insulina okazała się cudownym środkiem w leczeniu cukrzycy, spostrzegano też korzystne jej działanie w podostrym żółtym zaniku wątroby i ciężkich pooperacyjnych porażeniach jelit; stosuje się ją wreszcie dla przeprowadzenia kuracji tuczącej u dorosłych i niemowląt w stanach niedożywienia. Preparaty grasicy są skuteczne w przypadkach opóźnienia wzrostu, opóźnienia rozwoju płciowego dzieci, wnętrostwa, braku miesiączki, zaburzeń rozwoju zębów, w mongolizmie i krzywicy. Podawanie preparatów tarczycy okazało się niezawodne w przypadkach obrzęku śluzakowego, wzrostu karlego na tle niedomogi tarczycy, u dzieci zatrzymanych w rozwoju, w tych postaciach otyłości, w których sama dieta nie daje pożądanego wyniku, dalej u ludzi z suchą skórą i skłonnością do wypadania włosów, wreszcie w pewnych zaburzeniach miesiączkowania. Niewielkie jeszcze zastosowanie praktyczne, ograniczone niemal wyłącznie do przypadków, w których chodzi o wypadnięcie czynności jądra i jajnika, mają wreszcie hormony płciowe. Poza stosowaniem insuliny, adrenaliny, preparatów tarczycy, gruczołów przytarczowych, przysadki mózgowej i hormonów płciowych, i to tylko w bardzo ograniczonej ścisłymi wskazaniami ilości przypadków, nie wyszliśmy więc jeszcze poza okres prób, naogół nielicznych i niejednokrotnie nawet na pozór fantastycznych, jak np. stosowanie męskich hormonów płciowych u kobiet, kobiecych u mężczyzn.

Hormony płciowe są nam już dziś dobrze znane, udało się je bowiem otrzymać syntetycznie w postaci chemicznie czystej; właściwości ich są również zbadane dość

dokładnie. Wiemy, że folikulina zwiększa ilość cholesteryny we krwi, zmniejsza zawartość w niej wapnia, pobudza do wzrostu narządy rodne kobiece i wywiera na ustrój wpływ korzystny zarówno w niedorozwoju tych narządów jako też w ich zaniku starczym, usuwa wreszcie częściowo objawy kastracji. Stwierdzono ponad to występowanie pod jej wpływem porostu włosów, cofanie się objawów niedokrwistości, uzyskano również dobre wyniki lecznicze w uporczywym świądzie sromu, w okresie przekwitania i zaburzeniach naczyniowo - ruchowych. Stosowano ją też sporadycznie z pomyślnym skutkiem w szeregu innych schorzeń, które wiążą się dość ściśle z czynnością jajników: w przypadkach przedwczesnych porodów, wtórnego długotrwałego braku miesiączkowania po przebytym połogu lub poronieniu, oraz w niektórych sprawach chorobowych powtarzających się okresowo u kobiet: wyprysku, biegunkach, obrzękach stawów i zapaleniu tęczówek. Większość naszych klinik ginekologicznych stosuje dziś hormony płciowe kobiece, zwłaszcza w pewnych przypadkach braku miesiączki i w okresie zaburzeń klimakterycznych. Usiłowano nawet leczyć folikuliną włókniaki i gruczolaki sutka *(Moszkowicz)* i włókniaki macicy *(Witherspoorn)*. Podnoszono dalej korzystny jej wpływ nie tylko na ustrój kobiecy, lecz i niemowląt. *Kötner* twierdzi, że udało mu się zmniejszyć śmiertelność niedonoszonych osesków przez codzienne wstrzykiwanie folikuliny, a *Czajkowskij, Gil i Kuzniecowa* widzą w tym fakcie dowód, że zawarta w mleku kobiecym folikulina musi odgrywać ważną rolę w rozwoju noworodków.

Niektórzy stawiają nadciśnienie w ścisłym związku przyczynowym z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego — z niedomogą gruczołów płciowych, twierdząc, że u mężczyzn mamy w tych przypadkach zawsze do czynienia z małowartościowością jąder, u kobiet zaś z okresem przekwitania *(Kerpola)*. Jak się zdaje, słuszność tego przypuszczenia potwierdza fakt, że podawanie hormonów płciowych wpływa korzystnie na obniżenie ciśnienia krwi; ciśnienie obniża się już w godzinę po wstrzyknięciu preparatu, przy czym stopień tego obniżenia jest zależny od ilości podanych jednostek oraz drogi wprowadzenia hormonu do ustroju *(Fellner)*, i zwykle już przed upływem dwu tygodni opada do normy. Okazało się ponad to, że lepsze znacznie wyniki dało stosowanie męskiego hormonu płciowego u kobiet, a kobiecego u mężczyzn, niż podawanie chorym preparatów hormonalnych, właściwych ich płci.

Kiliński przypisuje rolę hormonom płciowym w leczeniu gruźlicy kostno - stawowej; przy zachowaniu bowiem ścisłej abstynencji seksualnej i równoczesnym podawaniu per os preparatów hormonalnych spostrzegał on u tych chorych znaczną poprawę: ustępowanie bólów i obrzęków, zmniejszenie wydzieliny z przetok i lepsze uwapnienie kości. Twierdzi on dalej, że oporność względnie wrażliwość ustroju na zakażenie gruźlicze pozostaje w pewnym związku z rozwojem gruczołów płciowych: hormony płciowe podnoszą nieswoistą oporność ustroju wobec gruźlicy, hipogenitalizm usposabia do schorzenia.

Hormon męski — androsteron, podawany chorym po obustronnym usunięciu jąder, zapobiega ujemnym skutkom kastracji. Stosowano go z dobrym wynikiem w eunuchoidyzmie, niedorozwoju gruczołów płciowych, skazie tłuszczowo - płciowej, przedwczesnym starzeniu się, przedwczesnej utracie popędu płciowego i niemocy płciowej, w neurastenii płciowej, moczeniu nocnym, a u kobiet w stanach podniecenia histerycznego i zaburzeniach psychonerwowych okresu przekwitania.

Wielokrotnie też czyniono próby leczenia hormonem męskim wczesnych postaci

przerostu sterczu. Co więcej, uważając to schorzenie za jeden z przejawów starości, spodziewano się, że dzięki dość wczesnemu rozpoczęciu podawania dostatecznych ilości hormonu męskiego będzie można w przyszłości całkowicie zapobiec występowaniu przerostu sterczu.

Przerost sterczu jest uważany słusznie za chorobę hormonalną. Mamy zbyt wiele dowodów na istnienie ścisłej współzależności między gruczołem krokowym a czynnością jąder, aby można mieć co do tego wątpliwości. Przypuszczając, że po wytrzebieniu nastąpi zanik sterczu, polecano ongiś leczyć jego przerost za pomocą jednostronnej kastracji bądź drogą operacyjną, bądź promieniami Roentgena, mimo, iż z góry sądzić było można, że rozwój gruczolaka jest związany raczej z niedomogą czynności wewnętrzno - wydzielniczej jąder, niż z ich nadczynnością. Dla zaprzeczenia możliwości uzyskania w ten sposób wyleczenia w piśmiennictwie przytaczane są dwa przypadki *Lumperta,* w których przerost sterczu wystąpił dopiero po kastracji. Postępowanie to nie dało naturalnie spodziewanych pomyślnych wyników. Usiłowano wówczas rozwiązać zagadnienie w sposób odwrotny — przez przeszczepianie jąder ludzkich usuniętych operacyjnie spowodu wnętrostwa, a gdy i ten sposób nie dał wyników — przez podawanie wyciągów z jąder.

Również podwiązywanie nasieniowodów miało na celu wzmożenie wydzielania wewnętrznego gruczołu. Przypuszczając bowiem, że przerost sterczu jest chorobą starości, w ten sposób usiłowano opóźnić starzenie się ustroju. Próby te związane z nazwiskiem *Woronowa* i *Steinacha* w pracach nad odmłodzeniem mężczyzn, a *Doplera* kobiet, przeszły do historii. Rozpoczęli je chirurdzy znacznie wcześniej, niż udało się chemikom wyizolować hormony płciowe w postaci chemicznie czystej. Z chwilą otrzymania hormonów spodziewać się było można, iż nadszedł czas ostatecznego rozwiązania zagadnienia.

Poglądy jednak na patogenezę przerostu sterczu do dziś jeszcze nie są ostatecznie ustalone. Odkąd wiadomo, że w rzeczywistości mamy do czynienia nie z przerostem sterczu, który u starców ulega zanikowi, a przerostem gruczołów okołocewkowych, można uważać z punktu widzenia embriologicznego, że schorzenie to świadczy niejako o przesunięciu ustroju mężczyzny w kierunku drugiej płci. To też według jednych *(de Jough)* przyczyną powstawania przerostu sterczu ma być zaburzenie równowagi między znajdującym się w ustroju mężczyzny hormonem żeńskim, a zanikającym hormonem męskim; chodzi więc o hiperfeminizację ustroju. Według innych — przeciwnie, chodzi o rodzaj przemężczyźnienia ustroju, o stan wytwarzania się folikuliny i w związku z tym o nadmierne wydalanie przez przysadkę prolanu, wywierającego na stercz wpływ pobudzający. W związku z ostatnią teorią twórca jej *Wugmeister* poleca leczenie przerostu sterczu nie męskim, lecz żeńskim hormonem płciowym, twierdząc, że w dwu przypadkach, w których wstrzykiwania androsteronu zupełnie zawiodły, udało mu się uzyskać znaczną poprawę miejscowego stanu chorych za pomocą folikuliny, w siedmiu zaś dalszych przypadkach pomyślne wyniki lecznicze były mniej wyraźne. Nie kwestionując dobrych wyników leczniczych, uzyskanych przez *Wugmeistera,* podnieść należy, iż jego materiał kliniczny zbyt jest mały, aby mógł pozwolić na potwierdzenie słuszności założeń, na których oparte jest to postępowanie. Wydaje się ono niewłaściwe już choćby z tego względu, że hormon płciowy kobiecy wstrzykiwany mężczyznom posiada znaczenie przeciwmęskie, pociąga za sobą po pewnym czasie zmniejszenie objętości jąder i zmniejszenie ilości wydzielanego przez nie hormonu. Tymczasem wcześniej już

kilkunastu autorów *(Laquer, van Capellen, Weber, Groner, Woehling, Feritz, Rohleder, Karo, Fritsche, Azerad, Hertzog, Tichopp, Tant* i in.) wypowiedziało się zdecydowanie za leczeniem przerostu sterczu przy pomocy hormonu męskiego. Podkreślają oni, iż w niezbyt daleko posuniętych przypadkach — w I i II okresie trwania choroby — leczenie to dało im dobre wyniki, spostrzegali bowiem znaczne zmniejszenie rozmiarów sterczu i ustąpienie zaburzeń oddawania moczu obok wybitnej poprawy stanu ogólnego i samopoczucia chorych. W przypadkach zaś, w których skutek był mniej jaskrawy, obserwowali wyraźną poprawę: zmniejszyło się zaleganie moczu, oddawanie moczu stało się mniej przykre, a strumień silniejszy. Większość autorów ograniczyła się wyłącznie do podawania hormonu i nie wspomina nawet o przeprowadzonym równocześnie leczeniu miejscowym, niektórzy tylko uzupełniali wstrzykiwania androsteronu przez podwiązanie nasieniowodów.

Wymienione wskazania, z przerostem sterczu włącznie, wyczerpują stosowanie hormonów płciowych w celach leczniczych w klinice, względnie, wyrażając się ściślej, próby ich stosowania, podjęte przez nielicznych dotychczas autorów.

Wiemy, że gruczoły dokrewne stanowią czynnościowo ściśle związany z sobą, zamknięty system, że istnieje ścisła zależność wzajemna między gruczołami płciowymi z jednej, a tarczycą, przysadką mózgową, gruczołami przytarczowymi, korą nadnerczy i trzustką z drugiej. Posiadamy już dziś dostateczną ilość przekonywujących dowodów na to, aby twierdzić można było z pewnością, że wypadnięcie czy zaburzenie czynności jednego gruczołu pociąga za sobą zaburzenia czynności gruczołów pozostałych. Dostarczyli ich w pierwszym rzędzie chirurdzy, usuwając z konieczności te czy inne chore gruczoły dokrewne. W okresie przekwitania u kobiet mamy niewątpliwie do czynienia z zaburzeniem wielogruczołowym. Również i schorzenie innych gruczołów dokrewnych odbija się niewątpliwie na gruczołach płciowych. Wykazano między innymi zależność wzajemną między jądrami i trzustką. Zależność ta nie tylko na tym polega, że u 80% chorych cukrzycowych wykazać można zmiany anatomiczne w jądrach *(Parisot),* lecz i że podawanie wyciągów jąder działa leczniczo na cukrzycę, zmniejszając znacznie ilość wydalanego przez chorego moczu, ilość wydalanego wraz z nim cukru i obniżając poziom cukru we krwi.

Dowiedziono, że poza automatyzmem pracy każdego z poszczególnych narządów, pozwalającym mu na przystosowanie się do każdorazowych potrzeb ustroju, praca narządów jest regulowana przez system nerwowy i gruczoły dokrewne. Potrójne to zabezpieczenie ma na celu ochronę ustroju przed mnogością szkodliwych czynników, zagrażających na każdym kroku jego istnieniu. Pod tym względem rola gruczołów dokrewnych jest dotychczas stanowczo niedoceniana, skoro leczenie hormonalne nie znalazło szerszego zastosowania. A przecież dostarczono wiele przekonywujących dowodów, jak wielką rolę odegrać winno w przyszłości leczenie hormonalne. Badanie, mające na celu wyjaśnienie roli układu gruczołów dokrewnych w zjawiskach odpornościowych wykazały, że poszczególne gruczoły pobudzają zarówno odporność hormonalną, jak komórkową. Prace *Eichholza* wykazują, że gruczoły dokrewne posiadają wielkie znaczenie w utrzymaniu równowagi stężenia jonów wodorowych w surowicy krwi. *Zahorski* na podstawie badań doświadczalnych stwierdził wpływ gruczołów dokrewnych na zdolność żerną białych ciałek krwi. Podnoszono, że zaburzenia przemiany materii, występujące wskutek wypadnięcia czynności

jednego czy kilku gruczołów dokrewnych, mogą być przyczyną zejścia śmiertelnego w przebiegu chorób zakaźnych. Badania *Laubera* wykazały występowanie zaburzeń przemiany mineralnej w przebiegu zakażenia ogólnego: przypuszcza on, że w ciężkich zakażeniach mamy do czynienia z porażeniem całego systemu dokrewnego, niedomogą wielogruczołową, zmniejszeniem tworzenia hormonów w ustroju, co wtórnie pociąga za sobą zmniejszenie się fagocytozy i, być może, tworzenia się ciał odpornościowych i bakteriobójczych. Wykazano również korzystny wpływ preparatów tarczycy na przebieg i zejście zakażenia ogólnego, wywołanego bakteriami ropotwórczymi *(Lauber)* i uporczywej czyraczności *(Savini)*. Sprawę, dlaczego tarczyca, względnie inne podawane w tych przypadkach hormony, działają jednakowo korzystnie, tłumaczy *Lauber* w ten sposób, że stosowanie jednego hormonu wobec korelacji gruczołów dokrewnych pobudza do wzmożonej pracy także inne gruczoły. Spostrzeżenia *Kozdoba* przemawiają za tym, że zwiększenie pracy gruczołów dokrewnych przyspiesza, zmniejszenie zaś zwalnia gojenie się rany. Przyspieszają gojenie się rany nie tylko wyciągi gruczołów dokrewnych, wstrzykiwane podskórnie lub podawane do wewnątrz, lecz i stosowane miejscowo. Na podstawie dobrych wyników leczniczych uzyskanych w przypadkach przewlekłej nadpłytkowości wnioskować by można, że hormon tarczycy ważną też odgrywa rolę w regulowaniu ilości płytek krwi *(Zondek i Katz)*. Dopatrując się zaburzeń w czynności gruczołów dokrewnych, prowadzących do powstania zmian we krwi, polecano podawanie preparatów tarczycy chorym chirurgicznym zapobiegawczo dla uchronienia ich przed wystąpieniem powikłań pooperacyjnych ze strony układu naczyniowego: zakrzepowego zapalenia żył, zatorów i zawałów *(Walter* z kliniki Mayo, *Fründ)*.

Również próby stosowania hormonów w celu przygotowania chorych do zabiegu operacyjnego nie są zupełnie nowe. *Massini, Pauchet i Lambret,* dopatrując się u ludzi otyłych niedomogi gruczołów dokrewnych, polecali podawać im na pewien czas przed zabiegiem preparaty tarczycy, względnie hormony płciowe, w zależności od przypadku. *Rottenstein* zaś podawał noworodkom, oseskom i dzieciom tłustym, nalanym i bladym po pierwszym roku życia, w ciągu 15 dni przed zabiegiem, kroplami jeden z preparatów wielogruczołowych w dawkach zależnych od wieku i wagi dziecka.

Zachęcony pomyślnymi wynikami, uzyskanymi przez stosowanie polskiego preparatu męskiego hormonu płciowego androstiny „Ciba" w szeregu leczonych operacyjnie przypadków przerostu sterczu, stosuję hormony płciowe przed zabiegiem celem przygotowania do operacji tych wszystkich chorych, zarówno ludzi starych, jak i silnie wyniszczonych chorobą, co do których mam wątpliwości, czy zniosą oczekujący ich ciężki zabieg operacyjny. Chorym tym podaję właściwy ich płci hormon również w pierwszym okresie rekonwalescencji pooperacyjnej, i na podstawie kilkunastomiesięcznego doświadczenia klinicznego jestem głęboko przekonany o celowości i skuteczności takiego postępowania.

Pierwszy przypadek, który nasunął mi myśl o potrzebie stosowania hormonów płciowych u chorych chirurgicznych dla uzyskania możliwie najlepszych wyników operacyjnych dotyczył 66 letniego chorego z przerostem sterczu. Zgłosił się on z całkowitym zatrzymaniem moczu, które wystąpiło w drugim roku trwania choroby. Gruczoł krokowy był wielkości mandarynki. W miesiąc po obustronnej vasectomii i pozostawieniu cewnika w pęcherzu po stwierdzeniu dobrej sprawności czynnościowej nerek usunąłem mu stercz drogą nadłonową. Chory zniósł zabieg dobrze. W trzecim jednak tygodniu bezgorączkowego przebiegu pooperacyjnego wystąpił dość szybko wybitny upadek sił; chory stał się apatyczny, zupełnie stra-

ził łaknienie i słabł z dnia na dzień. Myślałem początkowo o skrycie przebiegającym zatruciu moczowym. Badanie moczu jednak nie wykazało większych odchyleń od normy; dobowa ilość wahała się między 600 a 900 cm^3; we krwi nie stwierdzono nadmiernej ilości mocznika, azotu resztkowego ani indykanu, a i ciśnienie krwi było niskie, bo, jak się okazało, spadło do 110/80 mm Hg. Po dziesięciu codziennych wstrzykiwaniach androstiny stwierdziłem uderzającą poprawę łaknienia i stanu ogólnego chorego; dobowa ilość moczu zwiększyła się znacznie i w dwa tygodnie po podaniu ostatniej dawki hormonu chory opuścił szpital na własnych nogach zagojony, zdrów, rześki i bez dolegliwości. Poprawa wystąpiła tak rychło i była tak wybitna, że niewątpliwie należy ją przypisać leczeniu hormonalnemu, tym bardziej, że stosowane uprzednio inne środki wzmacniające zupełnie zawiodły.

Przypadek drugi dotyczył 49-letniej chorej, operowanej spowodu kamicy żółciowej w rok po ustaniu miesiączki. Chora dobrze zniosła ciężki zabieg usunięcia woreczka zrośniętego ze ścianą poprzecznicy i żołądkiem. Ze względu na niemożność podsurowicówkowego usunięcia woreczka sączkowałem jamę brzuszną. W trzecim tygodniu początkowo zupełnie gładkiego przebiegu pooperacyjnego codziennie zjawiały się coraz to nowe powikłania: chora zagorączkowała do 39°, wytworzyła się przetoka żółciowa, zakrzepowe zapalenie żył najpierw lewej, potem prawej kończyny dolnej, wreszcie zawał w plucach. Wpłynęło to fatalnie na psychiczny stan chorej, nie chciała mówić, przyjmować pokarmów, myślała tylko o śmierci. Rozpocząłem natychmiast leczenie hormonalne, chora otrzymywała początkowo codzienne iniekcje folikuliny po 10.000 jednostek w ciągu dni pięciu, następnie 13 iniekcyj ovarium panhormon firmy „Laokoon" w odstępach jednodniowych. Zarówno ogólny stan chorej, jak też stan miejscowy szybko i wybitnie się poprawił już w czasie leczenia hormonalnego i w ósmym tygodniu od wystąpienia powikłań pooperacyjnych chora opuściła szpital zagojona o własnych siłach.

Przebieg obydwu tych przypadków był tak niezwykły i tak bardzo przekonywujący, że o subjektywnej ocenie wpływu leczenia hormonalnego nie mogło być mowy.

Od tego czasu stosuję hormony płciowe na szeroką skalę. Początkowo posługiwałem się androstiną „Ciba" we wszystkich leczonych przypadkach przerostu sterczu obok właściwego leczenia miejscowego, stosowanego na moim oddziale we wszystkich przypadkach ostrego zatrzymania względnie zalegania moczu w pęcherzu: vasectomii i wprowadzenia cewnika na stałe. Postępowanie to w przeważającej ilości przypadków pozwala przygotować chorego do zniesienia jednoczasowej prostatektomii.

Zarówno vasectomię jak leczenie hormonalne uważam za bardzo cenne środki pomocnicze w leczeniu chirurgicznym przypadków przerostu sterczu w okresie dalej posuniętym, za półśrodki, zmierzające do poprawy ogólnego stanu chorego, skrócenia okresu przygotowawczego do zabiegu doszczętnego na sterczu i zapobieżenia powikłaniom pooperacyjnym. Vasectomię, zapobiegającą wystąpieniu powikłań ze strony najądrzy i wpływającą niekiedy korzystnie na sam rozwój gruczolaka, a zawsze na ogólny stan chorego, wykonuję w każdym przypadku przerostu sterczu, uważając ją za wstępny zabieg, niezbędny dla zapewnienia choremu gładkiego przebiegu leczenia i możliwie dobrego ostatecznego wyniku. Stara ta metoda operacyjna niesłusznie straciła prawo obywatelstwa w wielu zakładach, względnie po niewielu próbach została zarzucona. Odrzucenie jej z tego względu, że sama przez się nie sprowadza wyleczenia we wszystkich przypadkach przerostu sterczu, jak tego początkowo żądano, wydaje mi się nielogiczne. Vasectomia chroni przede wszystkim przed wystąpieniem sprawy zapalnej ropnej w najądrzach, bynajmniej nie wyjątkowej zarówno po samym pozostawieniu w pęcherzu cewnika na stałe, jak i po prostatektomii. Już z tego choćby względu, że chroni przed powikłaniem groźnym, zawsze powinna być stosowana. Drobny ten zabieg, wykonywany w znieczuleniu miejscowym i nie przedstawiający żadnych niebezpieczeństw dla chorego, wywiera ponad to niewątpliwie korzystny wpływ na stan

ogólny i dolegliwości chorych. Bynajmniej nie wyjątkowo obserwujemy wyraźną, choć przejściową przeważnie poprawę: pęcherz w pewien czas po zabiegu zaczyna się opróżniać normalnie, dolegliwości ustępują i nie napotykamy na trudności przy cewnikowaniu po zmniejszeniu się rozmiarów sterczu. Rozmiary te wszakże zmniejszyć się mogą tylko do pewnych granic, przejściowy zaś okres poprawy winniśmy wykorzystać jako przygotowanie chorego do zabiegu doszczętnego. Niekiedy uzyskana poprawa jest wybitna i długotrwała i przedłuża życie choremu.

Mam w pamięci podobny przypadek, leczony przed 6 laty. Chodziło o 62-letniego mężczyznę, który od dłuższego już czasu oddawał mocz kroplami co kilkanaście minut. Gruczoł krokowy był wielkości mandarynki, i posiadał spoistość jednostajnie twardą. Ze względu na powiększenie środkowego płata z trudem udało się wprowadzić cewnik. W pęcherzu zalegało przeszło 200 cm^3 moczu. Badania kliniczne wykazały znacznego stopnia ogólną miażdżycę tętnic nerkowych, znaczne nadciśnienie, wzmożoną ilość mocznika i indykanu we krwi, obok tego zaś powiększenie wątroby i inne objawy, świadczące o niedomodze mięśnia sercowego. W 6 tygodni po vasectomii i pozostawieniu cewnika w pęcherzu chory opuścił lecznicę w zupełnie dobrym stanie i wkrótce powrócił do pracy. Mocz oddawany 5 razy dziennie nie zalegał w pęcherzu, był zupełnie czysty, nie znaleziono w nim obecności składników patologicznych. Gruczoł krokowy zmniejszył się znacznie. Wziernikowanie pęcherza wykazało nieznaczne wysterczanie do światła pęcherza środkowego płata sterczu. Ciśnienie krwi z 220/120 opadło do 170/110, ilość mocznika we krwi z 0,618 gr^0/$_{00}$ do 0,454 gr^0/$_{00}$.

Wynik leczenia w tym przypadku był tak wymowny, że wszelkie dalsze komentarze są chyba zbyteczne. Słuszność więc miał do pewnego stopnia *Rovsing*, twierdząc, że leczenie operacyjne przerostu sterczu dopiero wtedy winno być brane w rachubę, gdy vasectomia zawiedzie.

Nie tylko jednak vasectomii, lecz i leczeniu hormonalnemu stawiano nadmierne żądania, jeśli ocenę jego skuteczności utożsamiano z uzyskaniem wyleczenia we wszystkich przypadkach przerostu sterczu wyłącznie pod wpływem androsteronu.

Podawanie przy przeroście sterczu hormonów płciowych niewątpliwie poprawia stan ogólny chorych, podnosi ich siły życiowe, przygotowuje ich do zabiegu operacyjnego, którego by być może bez podobnego przygotowania nie znieśli, lub też znieśli gorzej. I w tym leży niezwykła wartość leczenia hormonalnego. Pozwala ono przy równoczesnym leczeniu miejscowym — vasectomii i pozostawieniu w pęcherzu cewnika na stałe — na uzyskanie tak znacznej poprawy stanu ogólnego i sprawności czynnościowej nerek, że u chorych, u których od początku byliśmy przekonani, że będziemy zmuszeni ograniczyć się wyłącznie do leczenia zachowawczego dla przedłużenia im życia, względnie do półśrodków — w postaci założenia im stałej przetoki nadłonowej, możemy po pewnym i to stosunkowo niedługim czasie, wyłuszczyć przerosły stercz z dobrym wynikiem.

Na Zjeździe Chirurgów Polskich w roku 1933 w dyskusji nad leczeniem przerostu gruczołu krokowego mówiłem, że dokładne leczenie przygotowawcze, niezbędne w każdym przypadku przerostu sterczu, odpowiedni wybór czasu operacji i znieczulenia, wreszcie staranne leczenie pooperacyjne — pozwoliły zmniejszyć znacznie w ostatnich czasach śmiertelność pooperacyjną i że powikłania ze strony nerek po zabiegu doszczętnym na sterczu stały się naprawdę wyjątkowe, że jednak dobre pod każdym względem wyniki uzyskamy tylko po rozszerzeniu wskazań operacyjnych na przypadki wczesne. Wprowadzenie leczenia hormonalnego ogranicza w znacznym stopniu to zastrzeżenie, pozwala bowiem na uzyskanie wyleczenia również w szeregu przypadków spóźnionych. Po prostatektomii nie zginął żaden z moich czterech tego rodzaju chorych, mimo że ich stan ogólny i sprawność czynnościowa nerek przy przyjęciu do szpitala wiele pozosta-

wiały do życzenia. Jest to niewątpliwie zbyt mały materiał do wyciągania tak śmiałych wniosków, ale przebieg i zejście sprawy są zbyt przekonywujące, aby nie podzielić się podobnymi obserwacjami i powstrzymać się przed wyciągnięciem daleko idących wniosków. Tego rodzaju doświadczenie, jeśli chodzi o leczenie hormonalne przypadków zaniedbanych, zdobywa się nawet przy dużym materiale szpitalnym zbyt powoli i na zebranie większego materiału być może zbyt długo czekaćby wypadło.

Dla ilustracji niezwykle korzystnego wpływu stosowania hormonów płciowych przy przeroście sterczu w okresie przed i pooperacyjnym przytaczam jeden przypadek szczególnie przekonywujący.

Chory W. W., lat 63, zgrzybiały starzec, został przyjęty do szpitala z ostrym zatrzymaniem moczu. Podawał, że większe dolegliwości pęcherzowe odczuwał już od trzech miesięcy. Przy badaniu ogólnym stwierdzono rozległą rozedmę płuc, miażdżycę tętnicy głównej i zwyrodnienie mięśnia sercowego. Ciśnienie krwi wynosiło 205/130 RR. Wykonany ortodiagram serca wykazał, że serce, ułożone skośnie, odpowiadało typowi miażdżycowemu, przy czym wymiary jego nieznacznie tylko przekraczały liczby wskaźnika, tętnica główna przedstawiała cechy miażdżycy II stopnia. Mocz, zebrany przez cewnik, pozostawiony w pęcherzu na stałe, zawierał duży ślad białka, dość liczne leukocyty, wałeczki szkliste i nabłonki nerkowe. W dniu przyjęcia do szpitala wykonano vasectomię i rozpoczęto leczenie hormonalne. Chory otrzymał 12 iniekcyj „testohorminy" Spiessa w odstępach dwudniowych. Ogólny stan chorego rychło tak znacznie się poprawił, że w sześć tygodni później można było wykonać jednoczasową prostatektomię, którą zniósł zupełnie gładko. W przebiegu pooperacyjnym otrzymał 12 dalszych iniekcyj „testohorminy" i opuścił szpital zagojony i bez dolegliwości po trzymiesięcznym pobycie w szpitalu, licząc od dnia przyjęcia.

W przypadku tym początkowo nie spodziewałem się zupełnie, aby mogło się udać przygotowanie chorego do wyłuszczenia sterczu; z góry przypuszczałem, że będziemy się musieli ograniczyć do leczenia łagodzącego. Mam też głębokie przekonanie, że zabiegi doszczętne wykonane na sterczu, zarówno u tego, jak u pozostałych chorych, bez uprzedniego przygotowania hormonalnego byłyby znacznie gorzej przez nich zniesione i przebieg pooperacyjny obfitowałby w ciężkie powikłania, a i czas potrzebny do przygotowania chorego do zabiegu byłby znacznie dłuższy.

Daleki wszakże jestem zarówno od tego, aby twierdzić, że leczenie hormonalne w przypadkach przerostu sterczu może zastąpić leczenie operacyjne, jak również, że dzięki całości leczenia przygotowawczego, potężnie wspomaganego przez podawanie androsteronu, uda się przygotować do zabiegu doszczętnego na sterczu wszystkich leczonych w ten sposób chorych i że dzięki podobnemu postępowaniu odpadną w przyszłości wszelkie przeciwwskazania do leczenia operacyjnego tych przypadków, związane z wiekiem osobnika i stanem jego narządów wewnętrznych: serca, wątroby i nerek. Podobną możliwość z góry uważam za nierealną i zupełnie wyłączoną. Nie podobna przypuścić ani na chwilę, aby przez podawanie hormonów płciowych, nawet w dużych ilościach i w ciągu długiego czasu, mogło się udać odmłodzenie zgrzybiałego, niedołężnego starca i wpłynąć na zanik starczy ważnych dla życia narządów. Odnosi się to przede wszystkim do nerek, na których wiek i przerost sterczu odbija się szczególnie niekorzystnie i które, jak to nie dawno miałem sposobność podkreślić [1]), decydującą odgrywają rolę w leczeniu gruczolaka, oraz przebiegu i zejściu sprawy.

W przypadkach bardzo spóźnionych i zaniedbanych mimo uzyskania dzięki leczeniu przygotowawczemu i hormonalnemu

[1]) J. Jasieński: Nerki w przeroście sterczu. Polski Przegląd Chirurg. t. XIII, z. 5/6, 1934, Niedomoga nerek przy przeroście sterczu. Nowiny Lek. z. 7, 1935.

znacznej poprawy, przy złym wyniku badań czynnościowych nerek, w poczuciu ciążącej na nas odpowiedzialności nadal nie będziemy się czuć uprawnieni moralnie do przeprowadzenia zabiegu nieproporcjonalnie ciężkiego w stosunku do sił chorego, nie odważymy się na prostatektomię, lecz ograniczymy się do zabiegu łagodzącego — założenia na stałe przetoki nadłonowej. Wprowadzone leczenie hormonalne, naprawiając niektóre odwracalne jeszcze zmiany, może jedynie zwiększyć ilość przypadków, gdzie może wejść w grę jedynie zabieg łagodzący.

Chory J. Z., lat 75, zgrzybiały, niedołężny starzec, z drżeniem rąk i ciała, chodzący tylko o lasce, zgłosił się z ostrym zatrzymaniem moczu. Podawał, że po raz pierwszy zatrzymanie moczu wystąpiło przed 20 laty i że od tego czasu miewał trudności w oddawaniu moczu, zaostrzające się okresowo; ostatnio od dwu tygodni odczuwał szczególnie bolesne parcie na mocz i często mocz oddawał. Przy badaniu stwierdzono objawy daleko posuniętej rozedmy płuc, rozległej miażdżycy tętnic i zwyrodnienia mięśnia sercowego; gruczoł krokowy był znacznie powiększony. Wkrótce po vasectomii i pozostawieniu stałego cewnika w pęcherzu okazało się, że poza nieżytem pęcherza mamy do czynienia z zapaleniem miedniczek nerkowych i nerek oraz miażdżycą tętniczek nerkowych. Dobowa ilość moczu wynosiła 2½ litra; wstrzyknięty dożylnie barwik zjawił się w moczu dopiero po upływie 30 min., ilość azotu pozabiałkowego we krwi dochodziła do 44,8 mg$^0/_{00}$. W ciągu miesiąca chory otrzymał 14 iniekcyj „testohorminy" Spiessa w odstępach dwudniowych. Dobowa ilość moczu zmniejszyła się o połowę; barwnik zjawił się w moczu po upływie 6 minut od chwili wstrzyknięcia, ilość azotu pozabiałkowego we krwi opadła do 11,2 mg$^0/_{00}$, poprawił się ponad to wybitnie ogólny stan chorego, ustąpiło drżenie ciała. Przy próbach jednak usunięcia cewnika mocz stale zalegał w pęcherzu. Chory miewał okresowo nieznaczne wyskoki ciepłoty ciała, związane z zapaleniem miedniczek nerkowych. Mimo znacznej naogół poprawy ograniczyłem się do założenia na stałe przetoki pęcherzowej.

Nie zdecydowałem się również na wyłuszczenie sterczu u 70 letniego starca, który od 6 lat miał dolegliwości pęcherzowe, a od lat 10 cierpiał ponad to na ciężką cukrzycę. Zresztą po vasectomii, pozostawieniu cewnika na stałe i wstrzykiwaniu w ciągu miesiąca w odstępach dwudniowych testispanhormonu „Laokoon", jak wykazały kilkakrotne badania kontrolne, ilość zalegającego w pęcherzu moczu stale się zmniejszała, tak że po 8 tygodniach opuścił szpital w dobrym zupełnie stanie i bez zalegania moczu w pęcherzu. Stwierdziliśmy ponad to korzystny wpływ leczenia hormonalnego na cukrzycę, można było bowiem zaprzestać stosowania insuliny i utrzymywać normalny poziom cukru we krwi przy pomocy diety. Uzyskana poprawa, nie wyleczenie, ponieważ nie zmniejszyły się wymiary przerosłego sterczu, utrzymuje się od ½ roku.

Wydaje mi się zupełnie pewne, że proponowane stosowanie hormonów płciowych celem przygotowania chorego do operacji i w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej odda chirurgii wielkie usługi i pozwoli znacznie zmniejszyć śmiertelność operacyjną, wielką do dziś jeszcze stosunkowo u ludzi starych. Szczególnie wielkie znaczenie przypisuję hormonalnemu leczeniu przygotowawczemu, choć również i leczenie pooperacyjne, nawet rozpoczęte w okresie ciężkich powikłań, nie pozostaje bez wpływu na przebieg choroby. Świadczą o tym dobitnie dwa przypadki na początku przytoczone, świadczą również inne przypadki, o których w kilku słowach wspomnę.

Chora P. M., lat 54, przeszła okres przekwitania przed 4 laty. W końcu pierwszego tygodnia przebiegu pooperacyjnego po zabiegu wykonanym na woreczku żółciowym wystąpiły objawy przekrwienia opadowego płuc w następstwie niedomogi zwyrodniałego mięśnia sercowego. Pod wpływem podawanych w ciągu dni kilku środków nasercowych nie stwierdzono poprawy. Dopiero po 11 iniekcjach ovarium-panhormonu „Laokoon" wszystkie objawy ustąpiły, i w dwa tygodnie po ostatniej iniekcji chora opuściła szpital zagojona i wyleczona.

Chora G. F., lat 76, operowana spowodu od 5 dni trwającej niedrożności, wywołanej zagięciem pętli jelita biodrowego przez zrosty sieci z wrotami przepukliny udowej: od drugiego dnia po operacji duszność i objawy niedomogi mięśnia sercowego. Obok środków nesercowych wstrzykiwano chorej codziennie po ampułce Ovohorminy Spiessa w ciągu dni dziesięciu. Dalszy przebieg pooperacyjny zupełnie gładki; chorą wypisano w końcu trzeciego tygodnia po operacji.

Nie mniej przekonywujący był pomyślny wpływ obydwu preparatów Spiessa w szeregu innych przypadków, między innymi w szeregu postępujących, mimo szerokich nacięć, spraw ropnych u ludzi starych. We wszystkich tych przypadkach następowało rychłe ograniczenie się sprawy, a następnie szybsze, niż się tego spodziewać było można, gojenie się ran.

Pierwsze te tak pomyślne wyniki leczenia hormonalnego sprawiły, że z dnia na dzień rozszerzam wskazania do jego stosowania i coraz bardziej przekonywuję się o wielkiej jego wartości. Materiał, jakim rozporządzam, nie jest bardzo wielki, ponieważ ze względu na wysoką cenę preparatów korzystałem wyłącznie z bezpłatnych próbek, dostarczonych przez firmy: „Ciba" w Pabianicach, „Laokoon" we Lwowie i Spiess w Warszawie; posiadanych dwieście kilkadziesiąt ampułek wystarczyło zaledwie dla dwudziestu chorych. Nie podobna wszakże uważać za przypadkowy zbieg okoliczności, że wszystkie przypadki, którym podawałem hormony dla przygotowania ich do ciężkiego, brutalnego zabiegu zakończyły się pomyślnie. Chodziło o ludzi starych, wyniszczonych, których stan ogólny wiele pozostawiał do życzenia. Jeden z nich — 62 letni chory z daleko posuniętym rakiem odbytnicy, przy przyjęciu do szpitala dosłownie słaniał się na nogach, a po kilkuminutowej rektoskopii tak osłabł, iż musiano odwieźć go na salę. Po dwutygodniowym leczeniu przygotowawczym — iniekcjach testohorminy Spiessa stan ogólny chorego do tego stopnia się poprawił, że zniósł rozległą amputację odbytnicy tak, jak gdyby chodziło o zabieg u człowieka młodego. Nie było mowy o wstrząsie operacyjnym, a przebieg pooperacyjny, w czasie którego otrzymał 6 dalszych iniekcyj hormonu, był zupełnie gładki, rana szybko się oczyściła i wykazuje dużą tendencję do gojenia. Podobny wpływ miało przed i pooperacyjne leczenie hormonalne (testis-panhormon i ovarium-panhormon „Laokoon") u chorego z rakiem języka, z daleko posuniętym rakiem żołądka (60 letni ten chory bardzo dobrze zniósł resekcję żołądka), u chorej z rakiem odbytnicy, operowanej sposobem kombinowanym.

Przeprowadzone próby stosowania hormonów płciowych przed zabiegiem w celu przygotowania chorego do operacji i w okresie rekonwalescencji pooperacyjnej — dla zapobieżenia powikłaniom i zapewnienia rychłego powrotu chorego do zdrowia, dały wyniki nadspodziewanie pomyślne i zupełnie przekonywujące. Uzasadniają one potrzebę przeprowadzania leczenia hormonalnego w znacznie szerszym zakresie, niż to czyniono dotychczas.

Otwierają się w ten sposób przed stosowaniem hormonów płciowych u chorych chirurgicznych nowe drogi, a przed chirurgią — nowe możliwości.

Sur l'opothérapie dans le traitement chirurgical

par

Dr. **Jerzy Jasieński** (Kraków)

SOMMAIRE

Des nouvelles possibilités du traitement hormonal indiquées par l'auteur consistent dans l'administration des extraits des glandes endocrines sexuelles pour la préparation des malades vieux, fortement affaiblis, en état de débilité, qui leurs fait courir un grand risque á l'opération d'une part — et de l'autre, dans l'administration des hormones dans la prémière période de réconvalescence post-opératoire. Se

basant sur l'expérience clinique d'une dizaine de mois, concernant plus de vingt cas, l'auteur croît à l'utilité et l'éfficacité d'une telle médication. La valeur toute exceptionnelle de la médication hormonale consiste dans l'amélioration frappante de l'état géneral des malades, dans la stimulation de leurs forces vitales, dans la préparation des malades à l'intervention qu'ils n'auraient pu supporter sans elle, ou la supporteraient-ils beaucoup plus difficilement. Elle a permis à l'auteur d'obtenir une guérison opératoire dans une série des cas d'hypertrophie de la prostate chez les malades, chez lesquels on était persuadé que le traitement devra rester necessairement conservatif, ou qu'il sera limité à des moyens aussi imparfaits que l'établissement d'une cystostomie définitive. On ne saurait imputer au pur hasard l'issue favorable dans tous les cas, dans lesquels l'auteur administrait les hormones pour la préparation à de grandes et le plus souvent très brutales interventions opératoires. Il s'agissait des individus vieux, débiles, porteurs de cancers du rectum, de la langue, de l'estomac dans un stade déjà très avancé, dont l'état géneral était très mauvais qui ont cependant supporté facilement l'operation radicale, comme s'il s'agissait d'une petite intervention chez des jeunes gens. C'est pourquoi la chirurgie tirera avantageusement profit de cette médication proposée, grâce à laquelle on obtiendra une diminution sensible du risque opératoire et de la mortalité qui, aujourd'hui encore, reste très elevée chez les gens vieux.

L'auteur attribue une importance particulière à la médication hormonale préparative, pré-opératoire; mais la thérapeutique post-opératoire, même amorcée pendant la période des grandes complications — comme cela resulte des quelques cas cités — ne reste pas sans influence sensible sur l'évolution de la maladie.

Des nouvelles possibilités apparaissent pour la chirurgie. Il est difficile pour le moment de préjuger jusqu'où elles conduiront: si les impossibilités d'hier ne seront facilement maitrisées demain. On peut cependant dire qu'on a fait un grand pas vers le dénouement de l'éternel problème de la vieillesse et de la lutte contre la mort opératoire et post-opératoire.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Centralnego Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu.
Ordynator *Dr. M. Trawiński*.

Ropnie podprzeponowe, jako powikłanie po przedziurawieniu wrzodu żołądka: 2 przypadki własne

podał

Dr. M. Bieńkowski.

W 1854 roku *Wintrich* podał przypadek, określając go mianem otoku ropno-powietrznego podprzeponowego, wywołanego przez przedziurawienie wrzodu żołądka. W przypadku tym rozpoznawano za życia odmę piersiową, właściwe cierpienie stwierdzono dopiero na stole sekcyjnym [1]). Nazwa, użyta przez *Wintricha*, służy do oznaczenia ogniska ropnego z domieszką gazów, usadowionego bezpośrednio pod przeponą, która stanowi tutaj jedną ze

[1]) Cyt. u *Virchova:* Patologia i Terapia.

ścian zbiorowiska ropy. Zdarza się, że ropień taki gazów nie zawiera. Dla określenia tego ogniska przyjęto naogół nazwę ropnia podprzeponowego. *Barlow* w 1864 roku rozpoznał poraz pierwszy taki ropień za życia chorej. Jednak dopiero w 1879 r. *Leydenowi* przypadła zasługa ścisłego ujęcia tego cierpienia i wyodrębnienia go, jako osobnej postaci chorobowej [2]). Na podstawie 4 spostrzeżeń własnych (3 przypadki rozpoznane za życia) i kilku zebranych z piśmiennictwa podał *Leyden* szereg cech, pozwalających rozpoznać tę jednostkę chorobową.

Istota sprawy, której punktem wyjścia jest najczęściej schorzenie narządów jamy brzusznej, aczkolwiek mogą wchodzić w grę sprawy chorobowe różnych innych narządów, polega na ropnym lub ropno-gazowym ogniskowym zapaleniu otrzewnej, otorbionym w przestrzeni między wątrobą a przeponą. Jama ropnia podprzeponowego jest oddzielona całkiem od wolnej otrzewnej, dzięki zawczasu wytworzonym zrostom. W zależności od usadowienia się ogniska ropnego w stosunku do więzadła wieszadłowego wątroby rozróżniamy ropnie podprzeponowe prawo i lewostronne. Jak zobaczymy, w obu opisanych poniżej przypadkach, ropnie znajdowały się po stronie prawej, przy czym w obu przypadkach przedziurawione wrzody żołądka, które wywołały powstanie ropni, były usadowione na przedniej ścianie odźwiernika.

Ropnie prawostronne powstają zazwyczaj w przypadkach ostrych spraw zapalnych wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, prawego płata wątroby, nerki prawej; po stronie lewej ropnie takie zdarzają się znacznie rzadziej i mogą powstawać w następstwie spraw ropnych trzustki, śledziony, lewego płata wątroby, nerki lewej, niekiedy po przedziurawieniu wrzodu żołądka i. t. p. Poza tym, jak wspomniano wyżej, ropnie podprzeponowe mogą brać źródło ze wszelkich ognisk zapalnych w obrębie jamy brzusznej, nie wyłączając odległego terenu miednicy małej z narządami rodnymi.

Jeżeli chodzi o umiejscowienie ropni w stosunku do płaszczyzny czołowej ciała, dzielimy je na umiejscowione do przodu od wątroby i żołądka (nasz 1-szy przypadek), oraz do tylu od tych narządów (nasz 2-gi przypadek). Ponadto zdarzają się ropnie usadowione pod przeponą w jej środkowym odcinku.

Biorąc pod uwagę pochodzenie i sposób szerzenia się sprawy ropnej, która prowadzi do wytworzenia się właściwego ogniska pod przeponą, możemy mówić o ropniach śródotrzewnowych i pozaotrzewnowych. Ropnie pozaotrzewnowe powstają w związku ze sprawami zapalnymi, toczącymi się w kręgach, żebrach, tkance okołonerkowej i t. p.

Nieoperowane w porę ropnie podprzeponowe stają się groźne dla życia. Już samo wchłanianie szkodliwych dla ustroju składników ropy doprowadza po pewnym czasie do wyniszczenia chorego. Sprawa zapalna przechodzi bardzo często na opłucnę drogą naczyń chłonnych, które przechodzą przez przeponę. Istnienie takich naczyń udowodnił szereg autorów *(Mascagni, Teichman, Küttner)*; ostatnio podnosi to zagadnienie *Śledziewski*. Jeżeli zakażenie szerzy się tą drogą, widzimy w następstwie wysięk surowiczy lub ropny w jamie opłucnej. Zdarza się również, że ropień ulega przedziurawieniu do jamy opłucnej, do worka osierdzia *(Nowack)* bezpośrednio po przez przeponę, lub do wolnej jamy otrzewnej po przez torbę ropnia, wytworzoną przez zrosty odgraniczające ognisko od wolnej otrzewnej.

Niegdyś przedziurawienie wrzodu żołądka kończyło się w 90 odsetkach śmiercią spowodu posokowatego zapalenia o-

---

[2]) *Leyden.* Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Zeitschrift für klin. Medizin.

trzewnej, w 10 odsetkach rozwijał się ropień podprzeponowy. Dzisiaj, wobec obowiązującej zasady natychmiastowego operowania, uzyskujemy z reguły zupełne wyzdrowienie w 8 przypadkach na 10 *(Mondor)*.

Na Oddziale chirurgicznym Szpitala Ubezpieczalni w Sosnowcu, w czasie od lipca 1929 r. do grudnia 1936 r., na 40 operowanych przypadków przedziurawienia wrzodu żołądka spostrzegaliśmy ropień podprzeponowy w 2 przypadkach [3]).

Przypadek 1. Mężczyzna lat 29, przyjęty na oddział dnia 7.VIII. 1932 r. Operowany bezzwłocznie po przyjęciu, ale już po upływie 13 godzin od chwili wystąpienia objawów ostrych, typowych dla przedziurawienia wrzodu żołądka. W czasie zabiegu stwierdzono przedziurawienie wrzodu, usadowionego na przedniej ścianie odźwiernika (otwór średnicy ołówka), a w wolnej jamie brzusznej obfitą ilość płynu brudno-żółtego, bezwonnego. Otwór zaszyto szeregiem szwów jedwabnych. Po wybraniu płynu z jamy brzusznej zaszyto szczelnie brzuch. Ciężki w pierwszych dniach po operacji stan chorego stopniowo uległ poprawie, ale ciepłota (do 38° wieczorem) utrzymywała się stale. Brzuch miernie wzdęty, nadbrzusze tkliwe na ucisk.

16.VIII: usunięto szwy. Ropień w bliźnie; sączek.

21.VIII: pogorszenie stanu ogólnego. Ciepłota 38,8°. Rozlana bolesność nadbrzusza.

Ponieważ objawy fizykalne nasuwały przypuszczenie ropnia podprzeponowego wykonano dnia 23.VIII nakłucie sprzodu pod łukiem żebrowym prawym, przy czym wydobyto ropę. Natychmiast w znieczuleniu miejscowym ½% nowokainą otworzono i opróżniono duży ropień podprzeponowy z cięcia w miejscu skrzyżowania linii sutkowej prawej z łukiem żebrowym. Pomiędzy obniżoną wątrobą i uniesioną przeponą — duża jama, do której wprowadzono sączek gumowy i paski gazy.

1.IX. Stan ogólny lepszy, ciepłota opadła do normy, samopoczucie dobre, łaknienie zadawalające, brzuch spadnięty.

W dalszym przebiegu stwierdzono zatrzymywanie się ropy spowodu niedostatecznego otworu, prowadzącego do ogniska, wobec czego. 7.X. w znieczuleniu miejscowym wycięto kawałek żebra i rozszerzono otwór. 21.X. rana goi się szybko. Badanie radiologiczne wykazuje, że przepona po stronie prawej stoi wyżej i jest gorzej ruchoma. 10.XI. wypisany w doskonałym stanie z raną zabliźnioną. Na wadze zyskał kilka kilogramów.

Przypadek 2. Dotyczy mężczyzny lat 28, operowanego w dniu 18.VIII. 1936 roku natychmiast po przybyciu do szpitala, po upływie 8-miu godzin od chwili zachorowania. Brzuch otwarto w linii środkowej powyżej pępka. Na przedniej ścianie odźwiernika ukazał się niewielki otwór (rozmiarów 3×3 mm.), z którego wydostał się z charakterystycznym sykiem płyn mętny pienisty. Ponadto sporo tego płynu znajdowało się już w jamie brzusznej. Otwór zamknięto szwem kapciuchowym i przykryto siecią; płyn wybrano, brzuch zaszyto szczelnie. Przebieg pooperacyjny gładki, nieznaczne ropienie powłok.

9.IX. Wypisany w stanie dobrym z raną pooperacyjną zabliźnioną.

28.IX. Przybył do szpitala ponownie z ciepłotą 39°; osłabienie ogólne znaczne, bóle w podżebrzu prawym. Brzuch miękki, tkliwy na ucisk pod łukiem żebrowym prawym. Leukocytoza 15,600.

19.X. Wyraźne wypuklenie i chełbotanie w prawej okolicy lędźwiowej — grożące przedziurawienie ropnia na wysokości XI żebra w linii łopatkowej. Stan ogólny ciężki. Ciepłota ok. 38°. Nakłucie i badanie bakteriologiczne ropy — wykryto paciorkowca.

Badanie radiologiczne: przepona po stronie prawej uniesiona znacznie ku górze, nieruchoma. Pod przeponą stwierdza się pęcherz gazowy z poziomem płynu.

20.X. Wycięcie X żebra z tyłu w uśpieniu eterowym i opróżnienie dużego ropnia podprzeponowego. Sączek gumowy, paski gazy. Przebieg pooperacyjny gładki.

9.XII. Wypisany w stanie ogólnym dobrym z raną zabliźnioną.

Jak widzimy z powyższego opisu, w obu przytoczonych przypadkach mieliśmy do czynienia z ropniami podprzeponowymi, których właściwością wspólną było usadowienie się po tej samej stronie, mianowicie po stronie prawej więzadła wieszadłowego wątroby. Okoliczność ta jest zupełnie zrozumiała wobec analogii punktów wyjścia opisanych ognisk ropnych (z przedziurawionych wrzodów przedniej ściany

---

[3]) Chorzy ci byli pokazywani w dn. 20.I.1937 r. na posiedzeniu naukowym miejsc. Towarzystwa Lekarskiego.

odźwiernika). Odrębność znamion polegała na niejednakowym umiejscowieniu w stosunku do czołowej płaszczyzny ciała oraz na znacznej różnicy okresu czasu, jaki upłynął od chwili przedziurawienia wrzodu żąłądka do utworzenia się ropni, względnie wystąpienia objawów klinicznych, miarodajnych dla rozpoznania. W przypadku 1-szym ropień podprzeponowy znajdował się bardziej do przodu od wątroby, w 2-gim do tyłu. U pierwszego chorego objawy wystąpiły po upływie 2 tygodni, u drugiego dopiero po 2 miesiącach od czasu przedziurawienia wrzodu żołądka. W obu przypadkach choroba przybrała obrót pomyślny i zakończyła się zupełnym wyzdrowieniem dzięki dość wczesnemu wkroczeniu. Zabieg należy stosować w każdym przypadku bezzwłocznie po ustaleniu rozpoznania. Niestety, objawy tego schorzenia bywają często narazie nieuchwytne.

Początkowo uwagę naszą zwraca pogorszenie stanu ogólnego, brak łaknienia, osłabienie, wychudzenie, znaczne wahania ciepłoty z dreszczami, narastająca leukocytoza. Niekiedy dołączają się oznaki ze strony rozciąganej przepony, mianowicie: czkawka, punkty nerwobólowe w miejscach przyczepu mięśnia, utrudnienie oddychania z powodu nieokreślonej przeszkody w dole płuca *(Mondor)*. Wywiady co do przebytych uprzednio spraw zapalnych jamy brzusznej mogą dać dużo danych, naprowadzających na właściwe rozpoznanie. Stopniowo, w miarę rozwoju, sprawa zaczyna się wyjaśniać tak, że uzyskujemy przedmiotowe dane kliniczne.

Badaniem fizykalnym udaje się wykryć przesunięcie ku dołowi granic sąsiadującej z ropniem wątroby; spotykamy wówczas charakterystyczne uszeregowanie się odgłosu wypukowego w postaci 3 stref: a) w górze na klatce piersiowej stwierdzamy odgłos jawny — płucny, b) pod nim odgłos bębenkowy, pochodzący od bańki gazu, c) najniżej stłumienie przesuniętej ku dołowi wątroby *(Körte)*. Osłuchowo ropień zachowuje się podobnie, jak otok powietrzno - ropny, o ile taki byłby do pomyślenia w brzuchu *(Mondor)*. Równoczesne istnienie ropniaka opłucnej po stronie ogniska podprzeponowego zaciemnia obraz i utrudnia rozpoznanie. Również zróżniczkowanie sprawy ropnej w sklepieniu wątroby lub śledziony (bąblowiec) bywa niełatwe, poza tym wchodzą w rachubę ropnie trzustki i przepuklina przeponowa *(Kijewski)*.

Biegański podał 3 zasadnicze objawy, pozwalające zróżnicować i rozpoznać ropnie podprzeponowe:

1) Przede wszystkim podnosi on tę okoliczność, że linia górnej granicy stłumienia opukowego przebiega ukośnie, przy czym najwyższy jej punkt jest zwrócony ku przodowi, a najniższy ku tyłowi, podczas gdy w wysiękach opłucnej linia graniczna układa się poziomo. Tłumaczy się to tym, że wierzchołek prawidłowej kopuły przepony jest więcej zbliżony ku przodowi, niż ku tyłowi, podnoszenie się zatem wierzchołka kopuły będzie wywierało silniejszy ucisk na przednie części płuc, niż na tylne.

Wątroba ma stałe umocowanie w części tylnej; ciśnienie z góry sprawia, że opuszcza się jej część przednia. Wobec tego ropień podprzeponowy prawostronny szerząc się do przodu przylega do przedniej ściany klatki piersiowej bezpośrednio i na znacznej przestrzeni, szerząc się do tyłu — do tylnej pośrednio (stłumienie niezupełne) i na nieznacznej przestrzeni. W ten sposób ropień przypomina swym kształtem stożek, zwrócony wierzchołkiem ku tyłowi, a podstawą ku przodowi.

2) Objaw drugi — to przemieszczenie serca ku górze i podniesienie względne płuca lewego, głównie z przodu. Przy wysiękach opłucnej rzecz się ma przeciwnie.

3) Objawem trzecim jest znaczne obniżenie wątroby.

Przy ropniu podprzeponowym prawostronnym brzeg wątroby jest twardy, nierówny, zgrubiały spowodu zrostów z przednią ścianą jamy brzusznej, które odgraniczają ognisko ropne od wolnej otrzewnej.

Obmacywanie prawego podżebrza jest zazwyczaj bardzo bolesne. Często widzimy wyniosłość, przekraczającą linię środkową, chełboczącą. Wywiadom *Biegański* przypisuje duże znaczenie. Według *Leydena* i innych przy rozpoznaniu choroby kierować się należy następującymi danymi:

1) Wywiady: choroba rozwija się zazwyczaj po zapaleniu rozlanym otrzewnej lub wydaleniu się ropy przez kiszkę.

2) Obecność w części dolnej klatki piersiowej objawów zapalenia lub odmy piersiowej z odczynem gorączkowym i bólami przy braku kaszlu i plwociny.

3) Powyżej wysięku płuco jest w stanie prawidłowym i rozszerzalne. Oddech pęcherzykowy słyszymy do granic wysięku, a przy głębokim wdechu słychać go na większej przestrzeni.

4) Brak powiększenia się ciśnienia w jamie opłucnej. Klatka piersiowa po stronie chorej nie jest wypuklona; serce nieznacznie przemieszczone; wątroba znacznie opuszczona.

5) Niekiedy występują nagle objawy przedziurawienia dróg oddechowych.

6) Nakłucie próbne.

Aczkolwiek nakłucie ma rolę decydującą w sensie wykrycia wysięku i jego charakteru, jednakże, jak słusznie podkreśla *Kijewski,* nie rozstrzyga o miejscu jego nagromadzenia w stosunku do przepony. Dlatego też *Fürbringer* w 1889 r. a za nim *Chełchowski* w 1893 r. wpadli na pomysł śledzenia ruchów igły, wprowadzonej do jamy ropnia, która w przypadku ropnia podprzeponowego unosi się ku górze swą częścią pozostającą na zewnątrz przy wdechu, a opuszcza się ku dołowi przy wydechu. W ten sposób udaje się nieraz rozstrzygnąć wątpliwość, czy ropa jest pod, czy nad przeponą. Objaw ten można spostrzegać tylko wówczas, jeżeli przepona nie uległa porażeniu *(Herrlich).*

W dobie obecnej badanie radiologiczne jest nieodzowne w każdym przypadku ropnia podprzeponowego. Spośród wszystkich środków pomocniczych ono właśnie przyczynia się najpewniej do rozstrzygnięcia nasuwających się wątpliwości. Obraz radiologiczny jest nader charakterystyczny, cechuje się on w pierwszym rzędzie wysokim ustawieniem przepony, oraz osłabieniem, lub zniesieniem jej ruchomości.

Po stronie prawej, oprócz wysokiego ustawienia przepony, stwierdzamy jednocześnie klinicznie obniżenie przedniego brzegu wątroby. Przy ropniu lewostronnym widzimy, pośród jednostajnego cienia ropnia, bańkę żołądkową.

Dowód niezbity, że istotnie mamy do czynienia z ropniem, stanowi jedynie nakłucie próbne, które, połączone z wypuszczeniem około 100 cm^3 zawartości i wprowadzeniem wzamian powietrza, przekształca ognisko ropne w łatwiejsze do rozpoznania ognisko ropno - powietrzne. *(J. Rutkowski, Jakobaeus, Schinz).* Dostrzegamy wówczas bez trudności obok wspomnianego wyżej wysokiego ustawienia przepony rozległy poziom płynu pod przeponą u chorego tak w pozycji siedzącej jakoteż leżącej. W takich warunkach rozpoznanie ropnia podprzeponowego prawostronnego jest niewątpliwe. Po stronie lewej obecność poziomu płynu w żołądku może wprowadzić w błąd; zastosowanie papki kontrastowej ułatwia rozstrzygnięcie sprawy.

Jeżeli zawarty w ropniu gaz nie został tam wprowadzony rozmyślnie po nakłuciu, należy wnosić, że powstanie ropnia

jest wynikiem przedziurawienia narządu, zawierającego zazwyczaj gaz (żołądek, okrężnica). Wyjątkowo wchodzą w rachubę drobnoustroje, wytwarzające gazy.

W późniejszych okresach rozwoju ropień podprzeponowy, usadowiony do przodu od wątroby, wypukla ścianę nadbrzusza, tkliwą wówczas na ucisk, aż do obrony mięśniowej włącznie („Ventre bilobé" autorów francuskich). Do pewnego stopnia, widzimy to w naszym przypadku 1-szym, w 2-gim natomiast zaznaczało się wypuklenie ku tyłowi, na wysokości żeber dolnych.

Nierozpoznane i pozostawione losowi własnemu ropnie podprzeponowe kończą się zazwyczaj niepomyślnie. Jedynie wkroczenie operacyjne w należytym czasie, polegające na szerokim otwarciu i sączkowaniu ogniska ropnego, daje widoki uratowania chorego.

Jakąkolwiek z dwóch przyjętych ogólnie dróg, czy poprzez opłucną, czy z cięcia wzdłuż brzegu klatki piersiowej od dołu w kierunku ropnia, uznamy w danym przypadku za właściwą, prawie zawsze konieczne jest wycięcie jednego lub dwóch żeber. Ropnie szerzące się do przodu najlepiej nacinać w linii środkowej nadbrzusza, od wyrostka mieczykowatego w dół *(Körte)*. Wielkie ropnie mogą wymagać przeciwnacięć.

Na marginesie dwóch własnych przypadków ropni podprzeponowych, powstałych na podłożu przedziurawienia wrzodu żołądka, nie od rzeczy będzie zastanowić się nad sposobami zapobiegania tego rodzaju powikłaniom. Moment wydostawania się do brzucha, przez otwór wrzodu przedziurawionego, niekiedy dużej ilości treści żołądkowej, odgrywa tu niewątpliwie rolę główną. Z tego względu należy uznać, że jaknajdokładniejsze usunięcie wspomnianej treści, posiada doniosłe znaczenie.

Wiemy z doświadczenia, że wybieranie tej treści z jamy brzusznej za pomocą, zwykle używanego sposobu, osuszania gazą, zabiera dużo czasu i jest w dodatku niedokładne. Wynika stąd konieczność posługiwania się aparatem ssącym, który zapewnia szybkie, łatwe i dokładne osuszenie terenu, a dzięki temu chroni jamę brzuszną od niepożądanych pozostałości, które w pewnej liczbie przypadków mogą się przyczyniać do powstania ropnia podprzeponowego.

PIŚMIENNICTWO.

Biegański: Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych. Medycyna Nr 26, 1893. *Bier, Braun, Kümmel:* Chirurgische Operationslehre, T. III, 1933. *Bruner:* Przypadek ropnia podprzeponowego oraz o ropniu i otoku ropno-powietrznym podprzeponowym wogóle. Medycyna Nr 6, 1893. *Chełchowski:* W sprawie rozpoznawania ropnia podprzeponowego. Gazeta Lek. Nr 48, 1893. *Ehrlich:* Ropień wątroby z następczym ropniem podprzeponowym. Medycyna Nr 9, 1893. *Garré, Küttner, Lexer:* Handbuch der praktischen Chirurgie. T. III, 1923. *Grünbaum:* Dwa przypadki ropnia podprzeponowego. Gaz. Lek. Nr 19, 1901. *Kijewski:* O ropniach podprzeponowych. Gaz. Lek. Nr 1, 1894, *Lejars:* Traité de Chirurgie d'Urgence. 1921, *Mondor:* Diagnostics urgents, 1933, *J. Rutkowski:* Przyczynek do rozpoznawania ropni podprzeponowych. Pol. Przegl. Chir. Tom II. Z. 2, 1923, *Schinz, Baensch, Friedl:* Lehrbuch der Röntgendiagnostik, 1932, *Śledziewski:* Naczynia chłonne wątroby, przebijające przeponę, oraz ich stosunek do opłucnej przeponowej. Odbitka ze sprawozdania z Posiedzeń Tow. Nauk. Warsz. XXIV, Wydz. IV 1931, *Troczewski:* Przypadek ropnia podprzeponowego przy bąblowcu wątroby. Gaz. Lek. Nr 6, 1895, *Wojciechowski:* Podręcznik Chirurgii, 1937.

Subdiaphragmatic abscess as a complication of the perforated ulcer of the stomach: two personal cases

by

Dr. **M. Bieńkowski** (Sosnowiec)

SUMMARY.

In the 40 cases of a perforation of the ulcer of the stomach treated in the service during a laps of time of 7 years there were two complications of a late subdiaphragmatic abscess. Opening and drainage of the abscess was followed in both cases by complete recovery. The collection of pus was situated in the two cases on the right side of the abdominal cavity: in the first patient anteriorly to the liver, in the second posteriorly to it. The symptoms appeared two weeks and two months after the perforation respectively.

There is one way to avoid such a complication, namely to thoroughly suck out the stomachal contents from the abdominal cavity. Finally, the author speaks in detail on the symptomatology and diagnosis of subdiaphragmatic abscesses.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.
Ordynator *Dr. Jerzy Jasieński.*

Niezwykły przypadek zgorzeli powłok brzusznych w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego

podał

Dr. Roman Wolański.

Chory J. S., lat 48, był operowany spowodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w końcu drugiej doby trwania choroby. Stwierdzono rozlane zapalenie otrzewnej, powstałe w następstwie zgorzeli wyrostka i nieznaczny naciek zapalny ściany kątnicy. Po usunięciu wyrostka i wymaczaniu płynu ropnego jamę brzuszną warstwowo zaszyto szczelnie. Brzegi rany skórnej rozwarto jednak już w czwartym dniu po operacji spowodu ropienia. W dwunastym dniu wystąpiło zakrzepowe zapalenie prawej żyły udowej. W dwudziestym drugim dniu w wydzielinie ropnej z rany zauważono po raz pierwszy domieszkę treści kałowej. W siódmym i dziesiątym tygodniu choroby, ze względu na stałe zaleganie ropy, szeroko otwarto zacieki w powłokach, znajdujące się pod grubą warstwą tkanki tłuszczowej, wykonując dwa przeciwcięcia—ku górze i przyśrodkowo od rany operacyjnej. Powłoki jednak nadal były naciekłe: co więcej, stwierdzono wkrótce przybrzeżną martwicę tkanki tłuszczowej podskórnej wszystkich ran powłok; przetoka kałowa wydalała niewiele. Wobec utrzymywania się nacieku powłok, trzykrotnie naświetlono je małymi dawkami (po 80 erów) promieni Roentgena w odstępach trzy- i pięciodniowych. Ropowicę powłok opanowano, powstała wszakże wkrótce ogniskowa, powoli postępująca martwica skóry pomiędzy poszczególnymi nacięciami, a po od-

dzieleniu się części martwiczych — olbrzymi ubytek w powłokach. Mimo oczyszczenia się ubytku ogniskowa martwica tkanki podskórnej, a następnie skóry postępowała coraz dalej wzdłuż brzegów rany, coraz większą zajmując przestrzeń, wywołując coraz większe zniszczenie. Wyłączono kiłę, gruźlicę i cukrzycę. Wszelkimi sposobami starano się podnieść ogólny stan chorego. Wyczerpano wszystkie sposoby leczenia zachowawczego, włącznie z szerokim otwieraniem uchyłków podskórnych. Zawiodło bodźcowe leczenie nieswoiste. Zawiodły szczepionki własne, przygotowane z bakterii wyhodowanych z rany: paciorkowca, prątka ropy błękitnej i maczugowca skórnego.

W szóstym miesiącu trwania choroby wobec bezskuteczności leczenia zachowawczego, a braku zgody chorego na równoczesne zaszycie wargowej przetoki kałowej, stale wydalającej treść płynną i gazy, wycięto tylko szeroko w granicach zdrowych naciekłe brzegi rany wraz z ogniskami martwiczymi. Powstał olbrzymi ubytek skóry, obejmujący całą prawą połowę brzucha i dochodzący w górze do łuku żebrowego, w bok do linii pachowej środkowej, przyśrodkowo do linii środkowej ciała, wreszcie w dole do spojenia łonowego. Po zabiegu umieszczono chorego w łóżku wodnym, jednak tylko na dni kilka, ponieważ bardzo źle je znosił. W sześć tygodni później, wobec dalszego postępowania sprawy, powstawania wciąż nowych ognisk martwiczych tkanki podskórnej i skóry, ograniczonych do pewnych odcinków brzegu ubytku, podczas gdy dno rany było zupełnie czyste, okrojono ponownie jej brzegi w miejscach dotkniętych martwicą, głównie w okolicy pępka i podbrzuszu aż do nasady prącia. Tym razem jednak, mimo najfatalniejszych ku temu warunków, postanowiono zamknąć znajdującą się pośród olbrzymiego ubytku w powłokach coraz to większą wargową przetokę kałową, dopatrując się w jej istnieniu głównej przyczyny postępowania martwicy powłok i pragnąc zapobiec dalszemu wyniszczeniu chorego. Odpreparowano więc (op. dr. *Jasieński)* wywinięte brzegi przetoki, uwolniono kątnicę ze zrostów z głębszą warstwą powłok i zrostów wewnątrzbrzusznych, przy czym przekonano się, że otwór znajduje się w jej ścianie powyżej i bocznie od wgłobionego kikuta wyrostka. Przy uwalnianiu ściany kątnicy otwarto otrzewną ścienną przyśrodkowo od przetoki na przestrzeni kilku centymentrów, wobec czego wolną jamę brzuszną osłonięto chustkami. Następnie gęsto zeszyto w kierunku podłużnej osi kątnicy brzegi dużej, jak się okazało, przetoki szeregiem węzełkowych szwów jedwabnych, wpuklając wolny brzeg śluzówki do światła jelita. Ponad tą warstwą szwów jedwabnych, zbliżających do siebie odświeżone powierzchnie ścian kątnicy dodano szereg szwów tak, że każde następne piętro pokrywało i coraz bardziej wpuklało wgłąb piętro poprzednie. W ten sposób powstał duży fałd, utworzony z przeciwległych ścian kątnicy, wpuklający się w głąb do jej światła na kształt przegrody czy grzebienia, nie powodujący wszakże zwężenia światła kątnicy. Następnie założono jeszcze jedno piętro szwów Lembertowskich, łączących ze sobą brzegi otrzewnej pokrywającej kątnicę, po czym przyszyto do tego miejsca brzegi otwartej otrzewnej ściennej po usunięciu chustek z jamy brzusznej. Ostatnia wreszcie warstwa szwów pokrywająca poprzednią, łączyła ze sobą szczątki powłok — odpreparowane brzegi powięzi poprzecznej i mięśni brzucha. Linię szwów, znajdującą się w pośrodku olbrzymiego, obficie wydzielającego ubytku w powłokach, przysypano kseroformem.

Przebieg pooperacyjny był nadspodziewanie gładki. Przetoka, mimo tak fatalnych warunków miejscowych, zamknęła

się, powiedzieć można przez rychłozrost, ponieważ żaden ze szwów nie puścił: wkrótce miejsce to pokryło się obficie bujającą ziarniną i zrównało z resztą dna ubytku do tego stopnia, że nie podobna go było odnaleść. Jednakże ogniskowa martwica tkanki podskórnej i skóry postępowała dalej i trzeba było jeszcze czterokrotnego częściowego okrawania brzegów rany szeroko w granicach zdrowych dla opanowania sprawy. Następnie musiano pokryć ziarninę, wypełniającą olbrzymi ubytek w powłokach, płatkami naskórka wziętymi



Rys. 1.

z uda. Jednym słowem leczenie szpitalne do czasu uzyskania całkowitego wyleczenia przeciągnęło się znacznie i trwało powyżej roku. Efekt ostateczny widoczny jest na załączonej fotografii (rys. 1). Chory cieszy się dziś zupełnym zdrowiem, znacznie przybył na wadze i powrócił do ciężkiej pracy.

Postępująca zgorzel tkanki podskórnej i skóry brzucha w przebiegu pooperacyjnym zapalenia wyrostka robaczkowego należy do powikłań rzadkich. Znamy z piśmiennictwa 13 tego rodzaju ogłoszonych w ostatnich czasach przypadków. Są to przypadki: *Cullena* (1924), *Mayedy, Clintona, Alexandra, Brewera* i *Meleney, Moschkowitza* (1926), *Ballina i Morse, Portera* (1930), wreszcie *Lynna* (1931) i *Kappisa* (1932). Poza niewielkimi różnicami w szczegółach, dotyczących głównie czasu wystąpienia, szybkości i sposobu postępowania, rozległości, wreszcie być może nawet złośliwości i związanego z nią zejścia sprawy, wykazują one znaczne podobieństwo. Sam obraz chorobowy, na podstawie opisu i fotografii sądząc, świadczy niewątpliwie o tym, że we wszystkich tych 14 łącznie z naszym przypadkach chodzi o sprawę zupełnie identyczną, o to samo schorzenie. Można ją uważać za chorobę sui generis, gdyż właściwie nie wykazuje żadnego podobieństwa do spotykanej w czasach przedaseptycznych zgorzeli szpitalnej, raka wodnego i pokrewnych im schorzeń, ani do ropowicy gazowej, wreszcie do innych spraw ropnych.

Mamy tu do czynienia z pooperacyjną, postępującą martwicą tkanki podskórnej i skóry, ograniczającą się wyłącznie do powierzchownych warstw powłok, nie drążącą w głąb i nie atakującą sąsiednich gruczołów chłonnych. Sprawa ma charakterystyczny powolny przebieg, przeważnie bezgorączkowy i nie wpływa w znaczniejszym stopniu niekorzystnie na ogólny stan chorego. Występuje przeważnie u mężczyzn w wieku między 32 a 64 r. życia. Powstaniu nowych ognisk martwiczych towarzyszą zwykle silne bóle i znaczna miejscowa bolesność uciskowa. Wszelkie leczenie zachowawcze zawodzi, i tylko przy pomocy doszczętnych metod chirurgicznych jesteśmy w stanie opanować sprawę, zatrzymać dalsze jej postępowanie i uzyskać wyleczenie. O złośliwości sprawy świadczy okoliczność, że nawet po wycięciu tkanki chorej szeroko w granicach zdrowych powstają nawroty i zabieg ten zmuszeni jesteśmy powtarzać wielokrotnie. Mimo niewątpliwie złośliwego charakteru sprawy

zdolność regeneracyjna tkanek jest dość znaczna, skoro powierzchnia olbrzymiego ubytku w znacznej części samoistnie ulega zabliźnieniu, pokrywając się gniazdami naskórka, nawet nie pozostającymi w bezpośredniej łączności z brzegami otaczającej ubytek zdrowej skóry i nie zawsze zmuszeni jesteśmy uciekać się do rozległych zabiegów plastycznych. Wspólnym wreszcie dla tych przypadków jest to, że niepodobna w nich wykazać wpływu czynników konstytucjonalnych; brak jest również związku z tego rodzaju schorzeniami, jak kiła, cukrzyca; nie chodzi tu również o awitaminozę, anafilaksję, zaburzenia nerwowe, czy zmiany naczyniowe, powstałe pod wpływem czynników mechanicznych itd.

Przyczyna powstawania zgorzeli skóry jest właściwie dotychczas nieznana. Mimo że we wszystkich tych przypadkach chodziło o otwarty w czasie zabiegu ropień okołowyrostkowy, czy rozlaną sprawę ropną, poszukiwania zarazków dały różnorodne wyniki. Przeważnie, nietylko w wydzielinie z rany, lecz i w usuniętych tkankach, znajdowano obecność bakteryj, najczęściej paciorkowców, gronkowców, ziarenkowców, rzadziej prątków okrężnicy, prątka odmieńca, wreszcie Gram-dodatnich laseczek typu dyfterytycznego, bliżej przez większość autorów niezróżnicowanych, które naszym zdaniem niewątpliwie należy uważać za nieszkodliwego maczugowca skórnego; w naszym przypadku stwierdziliśmy ponadto obecność prątka ropy błękitnej. Zawsze chodziło przytem o zakażenie mieszane, i niektórzy skłonni są przypisywać szczególne znaczenie w powstawaniu rozległego zniszczenia tkanek zakażeniu wielobakteryjnemu, symbiozie bakteryj, skombinowanemu ich działaniu, w tym znaczeniu, że jedne z nich przygotowują podłoże do rozwoju innych. W przypadku *Moschkowitza* nie stwierdzono jednak obecności bakteryj. że i w pozostałych przypadkach nie chodziło wyłącznie o zarazki, które przedostały się do powłok z jamy brzusznej, świadczą o tym podobne obrazy, sporadycznie spotykane na klatce piersiowej i kończynach, nawet po zabiegach przeprowadzonych w warunkach zupełnie jałowych, jak to np. miało miejsce po operacji przepukliny pachwinowej, opisanej przez *Stohra* i *Niederlanda.* W tym ostatnim zresztą przypadku należałoby również wyłączyć możliwość błędu aseptyki, wobec tego, że wykonano zabieg obustronny, a zgorzel wystąpiła po jednej tylko stronie.

Spośród 14 przypadków zgorzeli powłok po operacji zapalenia wyrostka robaczkowego w dwu tylko, w naszym i w przypadku *Kappisa,* istniała równocześnie przetoka kałowa: można więc wyłączyć z całą pewnością rolę zakaźnej treści jelitowej, jako czynnika wyzwalającego martwicę powłok. W przypadku *Kappisa* nie okrojono brzegów rany i nie usiłowano zamknąć przetoki kałowej. Chory ten zmarł w piątym miesiącu trwania choroby. W naszym przypadku uzyskaliśmy wyleczenie, postępowanie nasze było zatem właściwe. Jedyny ten w piśmiennictwie przypadek zamknięcia przetoki kałowej nietylko mimo istnienia olbrzymiego ubytku w powłokach, ale i przy toczącej się w nich jeszcze sprawie zgorzelinowej, powinien skłonić do rewizji, jak się wydaje, zbyt rozległych przeciwwskazań do leczenia operacyjnego przetok kałowych.

PIŚMIENNICTWO.

Alexander: Ann. of. Surg. T. 84, 1926, *Ballin i Morse:* Amer. J. Surg. T. 11, Nr 1, 1931, *Brewer i Meleney:* Ann. Surg. T. 84, 1926, *Clinto M.:* Trans. amer. med. Assoc. T. 44, 1926, *Cole W. H.:* J. amer. med. Assoc. T. 92, 1929, *Cullen Th. S.:* Surg. etc. T. 78, 1924,

Kappis M.: Bruns Beiträge z. klin. Chir. T. 155, 1932, *Lynn F. S.:* J. amer. med. Assoc. T. 97, 1931, *Mayeda T.:* Z. f. Chir. T. 199, 1926, *Moschkowitz:* Trans. amer. med. Assoc. T. 44, 1926, *Porter Ch. A.:* Trans. amer. med. Assoc. T. 44, 1926, *Stohr i Niederland:* Dtsch. Zeitschr. f. Chir., 1935.

Un cas exceptionel de nécrose êtendue de la paroi abdominale au cours d'appendicite aiguë

par

Dr. **Roman Wolański** (Kraków).

S O M M A I R E.

L'auteur rélate un cas de nécrose des téguments de l'abdomen au cours de l'évolution d'une appendicite aiguë, cas extremement rare, soit le 14-me dans la litterature. Il s'agissait d'une nécrose progressive du tissus souscutanné et de la peau, limitée aux couches superficielles, ne s'attaquant pas aux glandes lymphatiques voisines. L'affection évoluait d'une façon chronique, lente, presque sans fièvre et restait sans influence particulièrement désavantageuse sur l'état géneral du malade. L'apparition des nouveaux foyers nécrotiques était accompagnée par de fortes douleurs locales. Tous les moyens du traitement conservateur se sont montré inefficaces et c'est seulement grâce aux interventions chirurgicales radicales qu'on a dominé l'affection. La malignité de l'affection se montrait par le fait, qu'après des larges excisions du tissus malade, faites loin dans les parties de la peau restées indemnes, des récidives apparaissaient et les interventions ont dues être renouvelées plusieurs fois. Le cas rélaté est le deuxième décrit dans la litterature, vu l'existence simultannée de la nécrose des téguments avec une fistule stercorale. Dans le cas de Kappis on n'a pas essayé d'exciser les bords de la plaie et de fermer la fistule — ce malade est mort dans le 5-me mois de la maladie. L'auteur obtint dans son cas une guérison, ce qui prouve le bon fondement du traitement appliqué. Ce cas, unique dans la litterature, de fermeture opératoire d'une fistule stercorale non seulement en présence d'une perte collossale de la paroi abdominale, mais de plus, en présence d'une nécrose progressive des téguments en pleine évolution, doit amener une révision profonde des cotrindications — parait-il — trop larges au traitement opératoire des fistules stercorales.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala SS. Elżbietanek w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. *Jan Zaorski.*

Wątpliwości rozpoznawcze w przebiegu badania narządu moczowego

podał

Jan Falkowski.

Złogi mineralne w moczowodach są schorzeniem jakoby coraz częstszym. Częstość ta jednak jest prawdopodobnie następstwem lepszego i pewniejszego rozpoznawania tego cierpienia dzięki zastosowaniu bardziej udoskonalonych metod badania.

Kamienie moczowodowe pochodzą prawie zawsze z nerki lub miedniczki. Pierwotne powstawanie kamieni w moczowo-

dzie przy niezakażonym moczu i prawidłowych ścianach moczowodu jest nieznane, znamy jedynie powiększanie się kamieni, tkwiących w moczowodzie. Stwierdzenie kamieni w moczowodzie niezawsze jest rzeczą łatwą: jakkolwiek znamy objawy, które im towarzyszą i już na podstawie tych objawów możemy przypuszczać obecność kamieni, pewności jednak nie mamy dopóty, dopóki ich naocznie nie stwierdzimy.

Z objawów typowych wysuwają się na pierwszy plan bóle w okolicy lędźwiowej o różnym natężeniu, niekiedy o typie kolki nerkowej. Na drugim miejscu stawiamy wyniki badania moczu (ropo i krwiomocz). Jako trzecie badanie sporządzamy rentgenogram nerek, moczowodów i pęcherza.

Skoro ustalimy w ten sposób obecność złogu, przystępujemy do określenia trwałości jego uwięźnięcia, stopnia zamknięcia światła moczowodu, wreszcie stanu miedniczki i miąższu nerki. Wiadomości te są nam potrzebne do obmyślenia planu leczenia, które może być zachowawcze albo krwawe. Dlatego poza wymienionymi badaniami dokonujemy badania czynnościowego nerek za pomocą chromocystoskopii oraz przeprowadzamy urografię dożylną lub wstępującą pyelografię. Dopiero wszystkie sposoby badania razem zestawione i należycie ocenione dają nam pewne odpowiedzi co do charakteru schorzenia i innych towarzyszących mu uszkodzeń narządu moczowego. Kto by chciał oprzeć się na poszczególnych tylko badaniach, może popełnić omyłkę, gdyż oddzielne szczegóły towarzyszące schorzeniom mogą doprowadzić do wyciągnięcia mylnych wniosków. Na tle powyższego, przedstawiamy historię choroby naszego chorego.

Historia choroby:

Wywiady. Chory D. N. E., lat 33, żonaty, bezdzietny, handlowiec, przywieziony do szpitala dnia 5. III. 1935 w stanie ciężkim. Dwa tygodnie temu zapadł na grypę. Od początku choroby oddawał mocz z trudem i w malej ilości (moczu wtedy nie badano). Leczony był jakoby na zapalenie pęcherza. Tydzień temu dostał napadu bardzo silnych bólów w całym brzuchu oraz wymiotów. Wezwany wówczas lekarz szpitalny *(J. Falkowski)* stwierdził napad kamicy nerkowej, przypuszczając odrazu z wywiadów i objawów obecność kamienia w moczowodzie. Po zastosowaniu morfiny z atropiną napad ustąpił.

Zbadano dwukrotnie mocz, (kilka, kilkanaście ciałek białych i wyługowanych czerwonych, ślady białka, kryształki szczawianu wapnia).

Napady powtórzyły się jeszcze dwukrotnie w ciągu tygodnia. Bóle stale dokuczały choremu, newet w okresach międzynapadowych. Moczu oddawał niewiele i z długimi przerwami. Stolec zaparty; wzdęcie brzucha. Stosowano gorące okłady, do wewnątrz zioła moczopędne, duże ilości ciepłych płynów, glicerynę. Wobec wzmagania się dolegliwości i pogarszania stanu ogólnego przewieziono chorego do szpitala.

Choroby przebyte: w 16-tym roku życia płonica, powikłana jakimś cierpieniem nerkowym. Dwa lata temu ciężkie zatrucie Extr. Filic. mar. podczas usiłowań usuwania tasiemca. Poza tym przebył odrę, ospę wietrzną i błonicę oraz nieżyt (gnc?), cewki moczowej, trwający do dziś.

Stan obecny. Chory budowy i odżywienia bardzo dobrego, o skórze bladej; obrzęków brak. Język obłożony, podsychający. Tony serca głuchawe. Tętno miarowe, 66/min., słabo wypełnione i napięte.

Brzuch płaski, cała lewa połowa znacznie napięta. Wybitna bolesność uciskowa przy obmacywaniu lewego podżebrza i niżej aż do lewej pachwiny włącznie. Wyraźnie zaznaczona bolesność przy wstrząsaniu okolicy lewej nerki — objaw Goldflama. Prawostronne wnętrostwo.

Spostrzeganie chorego:

5. III. Natychmiast po przywiezieniu chorego wykonano zdjęcie rentgenowskie *(dr. M. Kowalewski)*, stwierdzając w miednicy małej, w lewo od kości krzyżowej okrągławy cień wielkości ziarnka soczewicy, mogący odpowiadać kamykowi w dolnym odcinku moczowodu lewego tuż nad ujściem do pęcherza. Po dożylnym wstrzyknięciu 20% tenebrilu wykonano zdjęcie rentgenowskie (rys. 1). Na zdjęciu widać prawidłowy zarys górnych dróg moczowych i nerki prawej, natomiast po stronie lewej drogi moczowe górne nie uległy zupełnie zacieniowaniu. Mocznik we krwi — 0.24%.

6. III. Chory wypił w ciągu doby 1250 cm^3 płynów, oddał 550 cm^3 moczu. Mocz: żółty, przezroczysty, kwaśny, ciężar gatunkowy 1,026. W osadzie ciałek białych 0 — 1 w polu widzenia, ciałek czerwonych do 3 w polu widzenia, nieliczne kryształki szczawianu wapnia .

7. III. Próbowano wykonać wziernikowanie pęcherza moczowego (w znieczuleniu antipyriną), wobec jednak dość znacznego bliznowego zwężenia cewki powstało obfite krwawienie, a osadzające się ciągle na optyce i żarówce skrzepy uniemożliwiły przeprowadzenie badania. Poprzestano na rozszerzeniu cewki moczowej.



Rys. 1.

8 — 11. III. Bóle w cewce moczowej i kroczu. Początkowo chory oddawał mocz krwawy i skrzepy krwi, ostatnio mocz prawie czysty. Wypił w ciągu tych dni 1700, 1425, 1700, 1500 cm^3; oddał moczu: 450, 600, 1300, 1100.

12. III. Zdecydowano się na powtórne wziernikowanie pęcherza moczowego i moczowodów. Znieczulono cewkę i pęcherz moczowy 4% roztworem antipyriny. Stwierdzono, że gruczoł krokowy jest dość „mięsisty" i stawia znaczny opór przy wprowadzeniu wziernika. Pęcherz moczowy duży. Z dość znacznym trudem odnaleziono ujście lewego moczowodu i wprowadzono doń cieniujący cewnik moczowodowy, który kilkakrotnie posuwano w moczowodzie tam i z powrotem (wyjaśnienie tego zabiegu niżej).

Po wstrzyknięciu do żyły łokciowej indygo-karminu stwierdzono, że prawe ujście moczowodowe zaczęło wydalać barwnik po 4 minutach, lewe po 6-ciu. Mocz z lewego moczowodu bardzo słabo zabarwiony, z prawego intensywnie. Mocz z lewego moczowodu, wypływający kroplami, zebrano kolejno do czterech próbówek, po czym zbadano osad z każdej próbówki: 1) nabłonki nerkowe nieliczne, ciałek białych do 5 w polu widzenia, ciałek czerwonych do 10 w polu widzenia (wyługowane); 2)dość liczne nabłonki nerkowe, ciałek białych do 10 w polu widzenia, ciałek czerwonych (wyługowanych) do 30 w polu widzenia, dość liczne moczany bezpostaciowe; 3) nabłonki nerkowe nieliczne, ciałek białych do 10 w po-



Rys. 2.

lu widzenia, ciałek czerwonych do 15 w polu widzenia oraz moczany bezpostaciowe; 4) nabłonki nerkowe nieliczne, ciałek białych do 5 w polu widzenia, ciałek czerwonych do 5 w polu widzenia, nieco moczanów bezpostaciowych.

Nie usuwając wziernika i cewnika z moczowodu ułożono chorego na stole rentgenowskim i po wstrzyknięciu do lewej miedniczki około 20 $cm.^3$ 40% roztworu bromku sodu dokonano zdjęcia (rys. 2).

Stwierdzono cień miedniczki wielkości prawidłowej. Kielichy kolbowato rozszerzone. W obrębie miedniczki widoczne są ubytki cieniowe, wskazujące na obecność w świetle miedniczki przejrzystych tworów (skrzepy, kamienie, twory śluzówkowe). Okolica, gdzie na poprzednich zdjęciach widoczny był cień podejrzany jako kamień moczowodowy tym razem nie została objęta

kliszą. Zdjęć następnych (w dwóch pozycjach) nie można było dokonać spowodu znużenia chorego. Dn. 12. III. chory wypił płynów 1700 cm³, oddał moczu 1550 cm³.

13. III. Dokonano zdjęcia okolicy pęcherza, chcąc się przekonać, czy rękoczyny wpłynęły w jakikolwiek sposób na ciało, dające cień. Cień jednak pozostał na tym samym miejscu, co na poprzednich zdjęciach. Wieczorem chory miał znów napad bardzo silnych bólów w dole brzucha, które po dwóch godzinach ustąpiły. Po napadzie chory przestał nagle zupełnie odczuwać trapiące go dotychczas dolegliwości w postaci tępego, przykrego bólu w dole brzucha po stronie lewej. Wypił w ciągu doby 1450 cm³ płynów, oddał 8000 cm³ moczu .

14. III Rano wraz z moczem odszedł kamień wielkości ziarna soczewicy, owalny, dość gładki, granatowo-czarny (zabarwiony indygo-karminem). Na jednej jego powierzchni odcina się owalne, białawe, chropowate pole. Chory wypisał się ze szpitala dość osłabiony, ale bez dolegliwości. W ciągu całego okresu pobytu w szpitalu chory miał nieznaczne stany podgorączkowe przechodzące stopniowo w ciepłotę normalną.

23. III. Chory zgłosił się ambulatoryjnie celem dokonania badania rentgenologicznego. W okolicy pęcherza moczowego brak tym razem cienia kamienia, co potwierdziło początkowe przypuszczenie, że istotnie zachodziło tu uwięźnięcie kamienia w moczowodzie.

Rozważania.

Rozpatrywanie przytoczonej historii choroby nasuwa pewne uwagi.

Po wykonaniu w szpitalu zwykłego zdjęcia rentgenowskiego, na którym otrzymano owalny, niewielki cień, mogący pochodzić od uwięźniętego kamienia, można było stanąć na stanowisku zupełnie słusznym, że wynik potwierdza w zupełności pierwotne rozpoznanie kamienia w moczowodzie.

Z drugiej jednak strony mógłby ktoś zarzucić, że nie usiłowaliśmy potwierdzić tego precyzyjniejszymi badaniami, bo przecież cień ten mógł być również cieniem innego zupełnie pochodzenia. *Fryszman* [5]) za *Jeanbreau* podaje następującą klasyfikację ciał, symulujących w badaniu rentgenowskim kamienie w moczowodach:

A. Zawartość kiszkowa:

Kamienie jelitowe lub wyrostka robaczkowego,
Grudki kałowe,
Ciała obce w kiszkach (pestki etc.),
Bizmut.

B. Zwapnienia:

Zwapniałe przydatki sieciowe (appendices epiploicae),
Złogi przyjelitowe,
Skostnienia chrząstek żebrowych,
Blaszki wapienne w miażdżycowych naczyniach,
Kamyki żylne,
Zwapniałe gruczoły,
Zwapniałe blizny i zrosty,
Zwapniałe ziarniny wewnątrzpęcherzowe,
Złogi wapienne w pęcherzykach nasiennych.

C. Plamy na kliszach.

Lachs [7]) zastanawiając się również nad ciałami, które mogą wprowadzić w błąd przy rozpoznawaniu kamicy moczowodowej, podaje, że spośród cieni występujących na płytach radiograficznych, które wchodzą w rachubę przy rozważaniu różniczkowym, wymienić należy cienie pochodzące od kamyków żylnych, tworów niezwykle częstych w żyłach miednicy małej, ogniska zwapnienia w obrębie narządu rodnego kobiecego jako zejście różnych spraw chorobowych, ogniska zwapnienia w obrębie narządu mięśniowego, powięzi i więzadeł, cienie, pochodzące od połkniętych przez chorego drobnych kości i chrząstek, od pozostałości po środkach cieniujących użytych do badania przewodu pokarmowego lub środków leczniczych, wstrzykniętych podskórnie lub domięśniowo, od złogów mineralnych w obrębie dróg żółciowych, w świetle wyrostka robaczkowego i wreszcie ogniska zwapnienia w obrębie gruczołów chłonnych jamy brzusznej. *Lauber* [9]) dodaje do tego jeszcze guzy

pochodzenia skórnego w okolicy lędźwiowej, uszkodzenia kośćca, wreszcie zwapniałe gruczoły.

Biorąc to wszystko pod uwagę zdawaliśmy sobie sprawę, że rozpoznanie uwięźnięcia kamienia poparte zaledwie zwykłym badaniem rentgenowskim, mogło tylko zwiększać prawdopodobieństwo naszych pierwotnych przypuszczeń, nie dawało jednak bezwzględnej pewności.

Należało tu przeprowadzić identyfikację cienia. Wobec dość znacznej niecierpliwości chorego zdecydowano dojść do tego drogą urografii dożylnej, jako najmniej przykrej i oszczędzającej jego siły.

Według *Winsbury-White* [14]), który dokonał dożylnej urografii perabrodilem u przeszło 100 chorych, metoda ta stanowi wielki postęp w rozpoznawaniu cierpień narządu moczowego, gdyż w znacznej większości przypadków czyni trudną pyelografię wstępującą zupełnie zbyteczną. *Brandesky* [1]) jest zdania, że urografia dożylna z zastosowaniem perabrodilu lub abrodilu w kamicy dróg moczowych wykazuje bardzo wyraźnie już niewielkie objawy zastoinowe. *Marion* [11]) natomiast uważa, że nie wolno wnioskować o wydolności nerek na podstawie wyników urografii dożylnej, gdyż często nerka zupełnie sprawna daje bardzo słaby i niewyraźny cień miedniczki. *Elektorowicz i Mossakowski* [3])zaznaczają poza tym, że „w razie znacznego upośledzenia czynności wydzielniczej nerki nie otrzymujemy żadnego obrazu, a tym samym urografia dożylna wykazuje w tym przypadku tylko stronę chorą, nie stwierdzając zmian oraz ich rodzaju”. *Datyner* [2]) sądzi, że urografia dożylna może być stosowana z powodzeniem głównie w przypadkach jednostronnego schorzenia nerek (co trudno u każdego chorego z góry ustalić), w razie zaś obustronnego upośledzenia czynności nerek nie daje dokładnej odpowiedzi i musi być uzupełniona przez pyelografię wstępującą.

Urografia dożylna istotnie w naszym przypadku ułatwiła rozpoznanie, wobec bowiem normalnego cienia po stronie prawej i zupełnego braku cienia po stronie lewej można było dwojako przypuszczać: albo mogliśmy mieć do czynienia z zaburzeniem czynnościowym miąższu lewej nerki, albo z istnieniem przeszkody mechanicznej, uniemożliwiającej odpływ moczu. Stan taki mógł doprowadzić do zniesienia czynności miąższu nerki na tle mechanicznym. Wyobraźmy sobie, że tkwiący w moczowodzie kamień zatyka szczelnie moczowód. W takim razie miąższ nerki może pracować tylko tak długo, dopóki ilość wydzielonego moczu nie wypełni miedniczki i części moczowodu ponad zamykającym kamieniem. Ustrój pomagając sobie dopuszcza do rozszerzenia miedniczki i moczowodu, ale to ma swoje granice, po przekroczeniu których czynność miąższu musi ustać.

Jeżeli w tym okresie dokonujemy badania zapomocą urografii dożylnej, nie otrzymamy cienia nerki i możemy wyciągnąć fałszywy wniosek, że nerka nie działa spowodu schorzenia miąższu.

Kłopoty nasze usunęła nam ostatecznie chromocystoskopia i pyelografia wstępująca, gdyż po wprowadzeniu cewnika moczowodowego i przywróceniu w ten sposób drożności lewego moczowodu, mocz z miedniczki odpłynął i nerka zaczęła prawidłowo niemal funkcjonować. Jak za tym przypuszczaliśmy chodziło tu tylko o przejściowe, mechaniczne zatrzymanie wydzielania, które powstało spowodu ucisku moczu nagromadzonego w nadmiernej ilości ponad zamykającym moczowód kamieniem.

Jednakże zmiany te w nerce były jeszcze odwracalne i dlatego nawet wielkość miedniczki pozostała mniej więcej w gra-

nicach normy. Spostrzeżenie nasze jeszcze raz dowodzi, że nie można rozpoznawać schorzenia, opierając się wyłącznie na wynikach badania, uzyskanych drogą dożylnej urografii. Możemy powtórzyć za innymi, że nietylko nie daje ona dostatecznych podstaw do wnioskowania o charakterze schorzenia, ale może nawet wprowadzić w błąd. Zdaniem *Mariona* [11]) pyelografia wstępująca daje znacznie pewniejsze i bogatsze wyniki pod względem rozpoznawczym. W przypadku zatem, w którym przypuszczamy uwięźnięcie kamienia w moczowodzie wskazane jest po za zwykłym badaniem przedmiotowym i rentgenologicznym przeprowadzenie przede wszystkim chromocystoskopii i pyelografii wstępującej. Celem uniknięcia uszkodzenia tkanki nerkowej przez nadmierne ciśnienie wewnątrzmiedniczkowe podczas pyelografii wstępującej dobrze jest wprowadzać roztwór cieniujący nie za pomocą strzykawki, lecz przez mały irygator (*Szenkier* i *Mesz* [13]) za *Voelckerem* i *Schrammem*). Wlewanie takie uniemożliwia przekroczenie fizjologicznego ciśnienia wśródmiedniczkowego, którego górna granica według *Lichtenberga*, opierającego się na doświadczeniach *Eisendratha*, wynosi 30 cm, a według *Hermana* i *Pflaumera* 81.6 cm. słupa wody; gdy więc ciśnienie słupa płynu przy pyelografii nie będzie wyższe od 1mtr., to nie spowodujemy ani bólu ani uszkodzenia miedniczki.

Mówiąc o rozpoznawaniu kamicy moczowodowej nie można pominąć milczeniem niektórych sposobów jej leczenia, jak również tego, że niektóre zabiegi rozpoznawcze w tym cierpieniu mogą się okazać leczniczymi. Taki też był podwójny cel naszych rękoczynów podczas cewnikowania lewego moczowodu, polegających między innymi na poruszaniu cewnika tam i z powrotem celem obruszenia uwięźniętego, jak przypuszczaliśmy, kamienia. Dodatnie wyniki tego postępowania są powszechnie znane [8]) [10]) i dodatnimi okazały się także w naszym przypadku, gdyż wkrótce po cewnikowaniu moczowodu kamień odszedł. Stosowanie pyelografii wstępującej jest zatem i z tego punktu widzenia zabiegiem bardziej ekonomicznym, gdyż w przypadku rzeczywistego zatkania kamieniem moczowodu może się ona okazać jednocześnie skutecznym zabiegiem leczniczym; urografia dożylna zaś pozostaje w takim przypadku tylko zabiegiem rozpoznawczym i to niezupełnie pewnym.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Brandesky:* Klinika kamieni moczowodowych. Wiener Med. Wochschr. Nr. 38, 1934; Münch. Med. Wochschr. Nr. 43, 1934. cyt. wg. Wiad. Terap. Nr. 4, 1935. 2. *Datyner:* O stosowaniu pyelografii dożylnej i wstępującej. Pol. Przegl. Chir. T. XXII, zesz. 5 — 6, 1933. 3. *Elektorowicz i Mossakowski:* Pyelografia dożylna. Pol. Przegl. Chir. T. X. zesz. 4, 1931. 4. *François:* Diagnostic et traitement des calculs de l'uretére. Journal d'Urol. T. 39, Nr. 3, 1935, cyt. wg. Wiedz. Lek. Rok. IX, zesz. VI. 5. *Fryszman:* O pyelo i ureterografii. Medycyna i kronika lekarska, 1911. 6. *Fuchs:* Die Prüfung der motorischen Funktion der oberen Harnwege. Wien. Med. Woch. Nr. 44, 1934, cyt. wg. Med. Współcz. Rok. I, Nr. 1. 7. *Lachs:* Zwapnienie gruczołów chłonnych jamy brzusznej, jako źródło możliwych pomyłek w rozpoznawaniu kamicy narządu moczowego. Pol. Przegl. Chir. T. XI., zesz. VI, 1932. 8. *Laskownicki:* O leczeniu kamieni uwięźniętych w dolnym odcinku moczowodu metodami bezkrwawymi. Pol. Przegl. Chir. T. XI., zesz. 1, 1932. 9. *Lauber:* Contribution au diagnostic radiologique des calculs du rein et de l'uretére. Zeitschr. für Urologie, t. 29, Nr. 8, 1935, cyt. wg. Journal de Chirurgie, t. 47. Nr. 4, 1936. 10. *Leńko:* Nieco o sposobach leczenia kamicy moczowodowej. Pol. Przegl. Chir. T. XI. zesz. 1, 1932. 11. *Marion:* Quelques principes fondamentaux de l'urologie. La Presse Méd. Nr. 19, 1934, cyt. wg. Wiedz. Lek. Rok VIII., zesz. VI. 12. *Pisarski:* Z kazuistyki uwięznięć kamieni moczowodowych. Now. Lek. rocz. 38, zesz. 10, 1926. 13. *Szenkier i Mesz:* O pyelografii. Warsz. Czas. Lek. 1924. 14. *Winsbury-White:* British Journal of Urol., 1932, cyt. wg. Wiad. Terap. Nr. 6, 1935.

TECHNIKA OPERACYJNA

Operacja Fraziera

podał

Doc. Dr. Jerzy Rutkowski.

Operacja *Fraziera* (neurotomia retrogasseriana) stanowi wielki postęp w dziedzinie doszczętnego leczenia ciężkich postaci rwy twarzowej (neuralgia n. trigemini); zastąpiła ona całkowicie operację usunięcia zwoju Gassera — zabieg trudniejszy i pełen niebezpieczeństw ze względu na bliskie sąsiedztwo zatoki jamistej i nerwów czaszkowych (III, IV i VI). Stosowane od r. 1892 *(Frank Hartley* i *Fedor Krause)* usunięcie zwoju (extirpatio g. Gasseri) prowadzi poza tym do porażenia mięśni żwaczy (masseter, temporalis, pterygoidei), a więc do zaburzeń czynnościowych i w dodatku do oszpecenia wskutek zaników mięśniowych oraz zbaczania żuchwy. Operacja *Fraziera* jest bardziej bezpieczna i nie powoduje wymienionych zaburzeń: polega ona na pozazwojowym przecięciu czuciowego korzonka nerwu (portio major sensitiva) z oszczędzeniem korzonka ruchowego (portio minor motoria).

Technika zabiegu, prosta w zasadzie, może w niektórych przypadkach, jak miałem możność przekonać się osobiście, sprawiać dużo trudności, przede wszystkim w przypadkach, gdzie dokonywano uprzednio alkoholizacji nerwu. Operację mogą również utrudnić właściwości osobnicze chorego, mianowicie mocny przyrost opony twardej do kości skalistej. Chirurg wykonywujący tę operację powinien mieć duży zasób cierpliwości w opanowywaniu krwawienia żylnego, które ma tu zawsze miejsce, oraz krwawienia tętniczego, występującego w razie przerwania tętnicy oponowej środkowej. Pole operacyjne głębokie i niezbyt obszerne powinno być dobrze oświetlone. Wielu chirurgów, idąc za przykładem *Fraziera,* używa do tej operacji specjalnych łopatek-wzierników, zaopatrzonych w lampkę elektryczną; osobiście posiłkuję się zwykłą lampą czołową.

Technika zabiegu przedstawia się w moim wykonaniu, jak następuje:

P r z y g o t o w a n i a w s t ę p n e: całą głowę polecam golić tylko mężczyznom, u kobiet wystarcza ogolenie okolicy skroniowej. Ułożenie chorego w pozycji półsiedzącej.

Z n i e c z u l e n i e: z reguły miejscowe za pomocą obstrzykania ½% polokainą tkanki podskórnej i 1% polokainą warstw głębszych [1]).

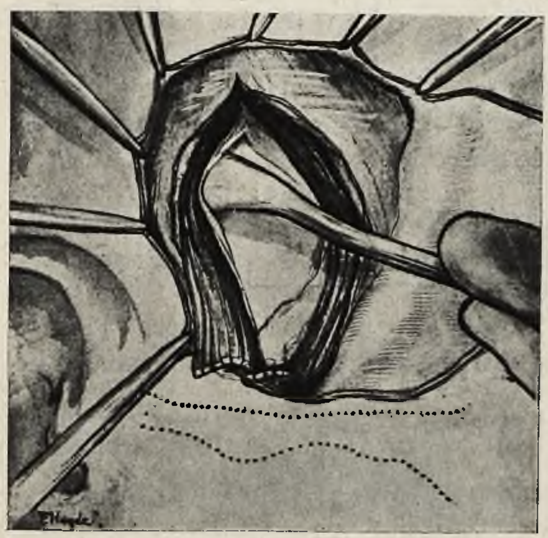
O p e r a c j a: Cięcie skórne płatowe wg. *Fraziera* (rys. 1) biegnie ponad łu-



Rys. 1.

[1]) W jednym z moich przypadków wykonałem zabieg w uśpieniu eterowym ze względu na stan psychiczny chorej.

kiem jarzmowym od połowy jego długości w kierunku skrawka ucha (tragus), następnie do góry i ku przodowi, dochodząc w postaci łagodnego łuku do granicy włosów. Cięcie to nie naraża na uszkodzenie górnych gałązek nerwu twarzowego i daje prawie niewidoczną bliznę. Płat skórny oddzielamy od powięzi i odchylamy ku przodowi po opanowaniu krwawienia drobnych naczyń skórnych. Pośrodku pola operacyjnego przecinamy powięź i mięsień skroniowy aż do kości. Cięcie to prowadzimy nieco skośnie ku przodowi wzdłuż



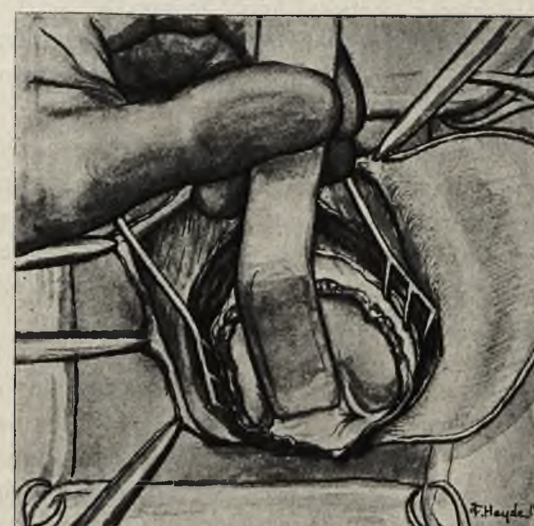
Rys. 2.

włókien mięśnia skroniowego, a w celu uzyskania szerszego pola operacyjnego nacinamy nieco w dole mięsień skroniowy u przyczepu (rys. 2). Następnie odsuwamy skrobaczką okostnę, obnażając kość skroniową, i wiercimy ostrożnie (w tym miejscu łuska k. skroniowej jest cienka) frezą mały otwór, który rozszerzamy łatwo za pomocą kleszczy Luera (rys. 3) do rozmiarów srebrnej 10-złotówki. Teraz rozpoczynamy odłuszczanie opony twardej od kości skalistej, posuwając się krok za krokiem; czynność tę wykonywamy za pomocą małych gazików, przepojonych gorącym rozczynem soli fizjologicznej. Płat skroniowy mózgu, pokryty oponą twardą,



Rys. 3.

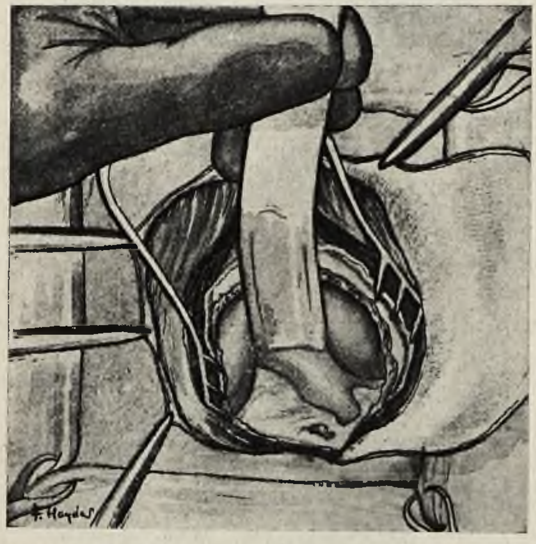
odchylamy wgłąb i ku górze za pomocą specjalnej giętkiej łopatki, która daje się modelować ręką (rys. 4). W ten sposób uwidoczniamy sobie najpierw rowek kostny a następnie okolicę otworu kolcowego



Rys. 4.

(for. spinosum), przez który wchodzi do jamy czaszkowej tętnica oponowa środko-

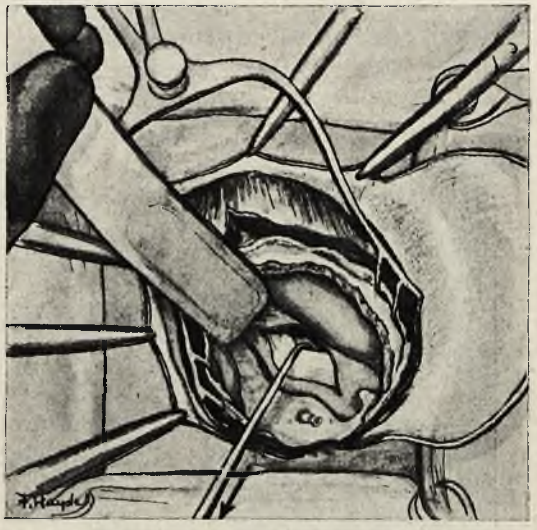
wa. Jest to pierwsza trudność, jaką spotykamy w toku operacji: tętnicę należy przeciąć między dwiema podwiązkami, które nakładamy albo za pomocą małych igieł Deschampsa albo drogą podkłucia. Można również użyć specjalnych srebrnych zaciskadełek używanych przy zabiegach neurochirurgicznych. W razie urwania się tętnicy opanowujemy krwawienie przez zatkanie otworu kolcowego kawałkiem waty, który pozostawiamy na stałe. Do tej czynności używam małego, tępego haczyka zgiętego pod kątem prostym.



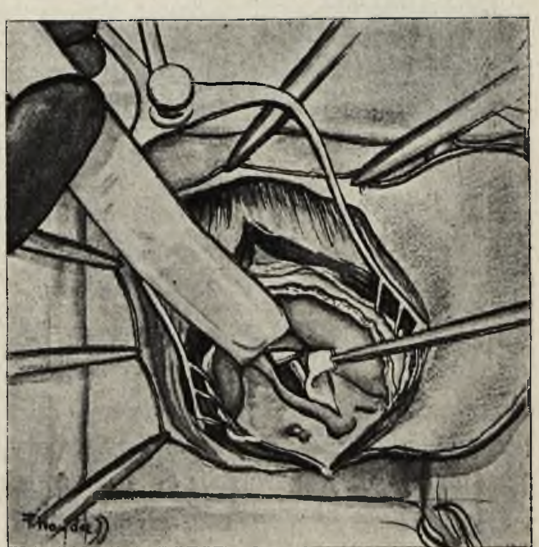
Rys. 5.

Dalsze oddzielanie opony twardej od kości idzie znacznie trudniej: posuwając się powoli wgłąb, uwidoczniamy sobie brzeg otworu owalnego i III gałąź nerwu trójdzielnego; nacięcie opony twardej, zrośniętej mocno z brzegiem tego otworu, powoduje zawsze spore krwawienie żylne. Uciskamy miejsce krwawiące na przeciąg 10 minut gazikiem zwilżonym gorącym roztworem soli fizjologicznej, a po opanowaniu w ten sposób krwawienia odsuwamy oponę twardą dalej w głąb i dochodzimy do zwoju Gassera (rys. 5).

Po nacięciu opony pokrywającej zwój otwieramy przestrzeń Meckela — w momencie tym wypływa kilka kropel płynu mózgowo-rdzeniowego. W ten sposób odsłaniamy zwój półksiężycowaty wraz z jego tylnym korzonkiem czuciowym (portio major sensitiva). Cienki korzonek ruchowy (portio minor motoria) biegnie osobno pod spodem ukośnie od środka w bok w stronę III gałęzi nerwu, z którą się łączy. Bierzemy na haczyk część czuciową nerwu (rys. 6) i przecinamy ją (rys. 7, 8), uży-



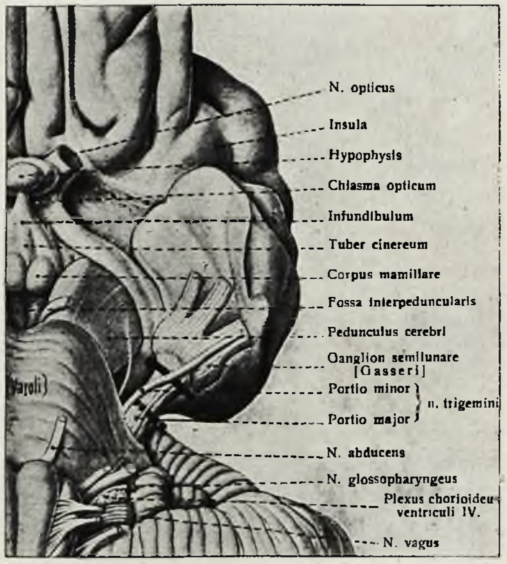
Rys. 6.



Rys. 7.

skując znieczulenie w obrębie wszystkich trzech gałęzi nerwu trójdzielnego.

Od r. 1919 *Frazier* stara się zachować przyśrodkową trzecią część korzonka czuciowego, t. j. część idącą do pierwszej gałęzi nerwu: w ten sposób wyłącza się możliwość następowego porażennego zapalenia rogówki (keratitis neuroparalytica). W ostatnich dwu moich przypadkach spośród 6-ciu operowanych postąpiłem podobnie,



Rys. 8. Podstawa mózgu z nerwami czaszkowymi wedł. Raubera-Kopscha (pasma wzrokowe i wyspa kresomózgowia — insula Reili uwidocznione po usunięciu przykrywających je płatów czołowych i skroniowych mózgu). Widać przebieg korzonków nerwu trójdzielnego: mniejszy korzonek — ruchowy przebiega pod spodem ukośnie ku przodowi; jest on przykryty przez większy korzonek — czuciowy. Miejsce przecięcia korzonka czuciowego wg. Fraziera zaznaczone linią ciągłą, miejsce przecięcia wg. Dandy'ego — linią przerywaną.

przecinając wybiórczo tylko tylne $^2/_3$ części czuciowej. Sposób ten zastosowałem w przypadkach rwy twarzowej, nie obejmującej I gałęzi nerwu.

Po przecięciu nerwu sprawdzamy raz jeszcze, czy niema krwawienia, po czym zeszywamy warstwowo szczelnie ranę. (rys. 9). W przypadkach, gdzie przecięliśmy całą część czuciową nerwu, nakładamy prócz opatrunku na ranę, ochronny opatrunek na oko ze szkła zegarkowego (rys. 10) na przeciąg 8 — 10 dni, zastępując go potem okularami ochronnymi, które zabezpieczają



Rys. 9.

oko na dalsze kilka miesięcy przed szkodliwościami, jak zaprószenie i t. p. W razie wystąpienia objawów zapalenia rogówki należy rozpocząć niezwłocznie odpowiednie leczenie.



Rys. 10.

Operacja *Fraziera* wykonana poprawnie pod względem technicznym daje doskona-

łe wyniki, gdyż usuwa radykalnie cierpienie. Ponieważ śmiertelność pooperacyjna wynosi mniej niż 1%, nie należy traktować tego zabiegu, jako ostateczności po bezskutecznych próbach innego leczenia, a raczej jako operację z wyboru. Powikłanie zapaleniem rogówki występuje w około 10% przypadków, nawrót nerwobólu — niezmiernie rzadko (około 0,4%). W razie nawrotu w grę wchodzi operacja *Dandy'ego*, polegająca na przecięciu korzonka czuciowego nerwu trójdzielnego w tylnej jamie czaszkowej u wyjścia korzonka z mostu.

O pasach brzusznych leczniczych i o technice ich sporządzania.

podał

Dr. A. Kugler (Warszawa).

Pas brzuszny podtrzymujący jest jednym ze środków leczniczych w chirurgii brzucha. Nie mogąc dla pewnych przeciwwskazań dokonać zabiegu operacyjnego, stosujemy często środek paliatywny w postaci pasa, podtrzymującego opadnięty narząd jamy brzusznej lub przepuklinę ściany brzucha. Lecz pas wtedy tylko będzie należycie spełniał swe zadanie, jeżeli będzie odpowiednio sporządzony i dopasowany.

Wyrobem pasów leczniczych trudnią się przeważnie osoby niewykwalifikowane, nie rozumiejące roli, jaką w poszczególnym przypadku ma odegrać dobrze pomyślany i dopasowany pas brzuszny. Naogół lekarze poświęcają zbyt mało uwagi technice sporządzania pasów: w piśmiennictwie polskim nikt dotychczas nie poruszył obszerniej tego tematu — lekarz dowiaduje się o pasach leczniczych z broszur reklamowych. Chciałbym w krótkim szkicu podać niektóre własne spostrzeżenia z dziedziny techniki sporządzania pasów leczniczych.

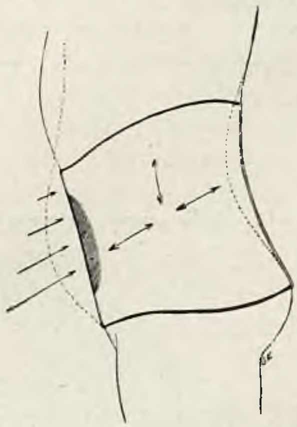
P a s b r z u s z n y l e c z n i c z y jest to sznurówka, za pomocą której można złagodzić dolegliwości chorego w niektórych schorzeniach narządów jamy brzusznej, przez *pośrednie* podtrzymanie tych narządów drogą równomiernego ucisku na dolną część brzucha. W przypadkach osłabienia całej ściany brzucha, lub tylko pewnych jej odcinków, można przy pomocy pasa zabezpieczyć ją od dalszego rozciągania, wywierając *bezpośredni* ucisk na całą ścianę brzucha lub na osłabioną jej część.

Jak z tego określenia wynika, pasy lecznicze można podzielić na dwie grupy: 1) *pasy, które stosujemy w przypadkach opadnięcia poszczególnych narządów* (żołądek, nerka) *lub opadnięcia trzew* (choroba Glenarda), oraz 2) *pasy, które stosujemy w przypadkach osłabienia ściany brzucha* (ogólne zwiotczenie powłok brzusznych u wieloródek,otyły i obwisły brzuch, przepukliny ściany brzucha — pooperacyjne i samoistne, niektóre przypadki świeżych blizn pooperacyjnych, niepowikłanych przepukliną).

Pasy pierwszej grupy interesują w jednakowym stopniu chirurga i internistę; ze względu na ważną rolę, jaką spełniają w lecznictwie, należy udzielić im więcej uwagi.

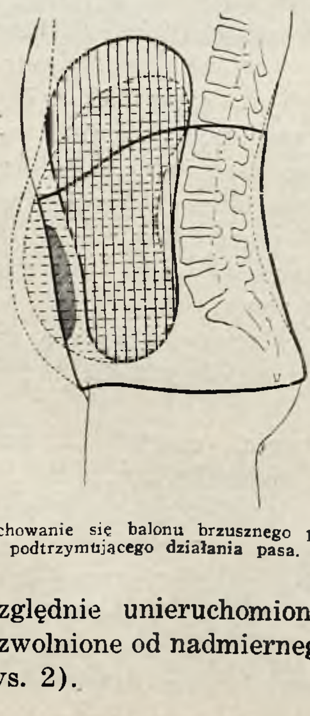
Dolegliwości chorych z opadnięciem trzew są spowodowane przez rozciąganie aparatu więzadłowego opadającego narządu. Jeżeli zwolnić nadmiernie napięte więzadło przez uniesienie, względnie unieruchomienie danego narządu, bóle ustępują. Opadnięty narząd jamy brzusznej można unieść bezpośrednio jedynie drogą zabie-

gu operacyjnego, natomiast przy pomocy pasa możemy go tylko podtrzymać pośrednio, przez uniesienie dolnej części ściany



Rys. 1. Kierunek i długość strzałek wskazują kierunek i stopień ucisku, jaki wywiera pas na poszczególne miejsca ściany brzucha, a pośrednio na trzewia jamy brzusznej i kręgosłup.

brzucha; wraz z nią zostaje również uniesione jelito cienkie, które z kolei podpiera poprzecznicę, żołądek, wątrobę, śledzionę i nerki (rys. 1.). W ten sposób zawartość balonu brzusznego zostaje przemieszczona ku górze, poszczególne narządy są podtrzy-



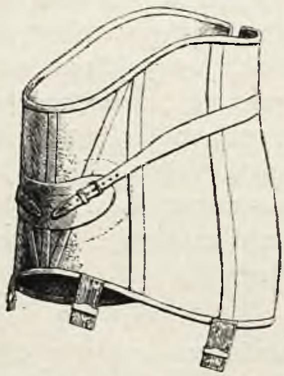
Rys. 2. Zachowanie się balonu brzusznego pod wpływem podtrzymującego działania pasa.

mane, względnie unieruchomione, a ich więzadła zwolnione od nadmiernego rozciągania (rys. 2).

Przemieszczenie zawartości balonu brzusznego ma również niezaprzeczony wpływ na kręgosłup. Wiadomo, że kręgosłup ludzi z wiotkimi powłokami brzusznymi, pociągany przez trzewia, wygina się w części lędźwiowej do przodu, a w części piersiowej — do tyłu; tor oddechowy tych osobników jest brzuszny. Dobrze dopasowany pas, podtrzymując ścianę brzucha, przemieszcza zawartość balonu brzusznego ku górze i ku tyłowi. Podparty od przodu kręgosłup wyprostowuje się zarówno w części lędźwiowej jak piersiowej. Tor oddechowy z brzusznego zmienia się na piersiowy: wentylacja płuc ulega poprawie, zwiększa się proces utleniania, a wskutek tego poprawia się ogólny stan chorego.

Ażeby pas brzuszny spełniał swe zadanie, musi być nietylko należycie dopasowany, ale i odpowiednio nakładany. Pas grupy pierwszej powinien z przodu sięgać do pępka i tylko wyjątkowo może nieznacznie przekroczyć tę granicę ku górze, natomiast na bokach i z tyłu powinien obejmować większą przestrzeń. Taki krój pasa sprawia, że boczne i tylne jego części nie wrzynają się w ciało i w dodatku stwarzają lepsze warunki do utrzymania na miejscu przedniej ściany pasa, na którą z pewną siłą napierają uniesiona ściana brzucha i pętle jelita cienkiego. Na brzusznej stronie pasa dla osób bardzo wychudzonych należy umocować miękką pelotę, która przez zasznurowanie pasa zostaje wciśnięta w ścianę brzucha na pewną głębokość. Dla lepszego podtrzymania dolnej części brzucha i głębszego wciśnięcia peloty służy dodatkowy szeroki pasek ze sprzążkami na końcach, umieszczony na przodzie pasa w dolnej jego części, na wysokości środka peloty (rys. 3). Zbyt wrażliwi chorzy źle znoszą ucisk peloty, szczególnie gdy wykonana jest z niezbyt miękkiego materiału; w takich przypadkach dobre wyniki daje pelota gumowa, nadmuchiwana powietrzem. Nakładać pas

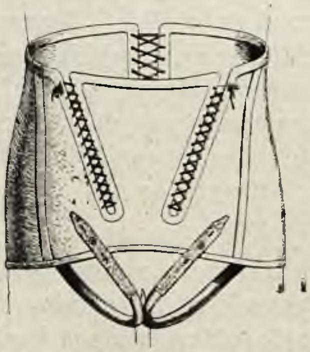
należy w pozycji leżącej, z miednicą uniesioną ku górze. W przypadkach opadnięcia nerki obowiązuje taki sam sposób na-



Rys. 3. Pas brzuszny z pelotą.

kładania pasa, przyjmujemy bowiem, że przy uniesionej miednicy nerka wślizguje się do swego łożyska i może być tu utrzymana przez zamykające jej odwrót przemieszczone pętle jelita. Pelotę należy umieścić po stronie opadniętej nerki.

Pas brzuszny powinien być tak dopasowany, by nie zsuwał się ku górze; umocować pas można przy pomocy podwiązek lub podpinek. Najbardziej higieniczne są podpinki z rurki gumowej o średnicy 18 — 20 mm., które można łatwo umyć. Końce rurek gumowych są zaopatrzone w pa-

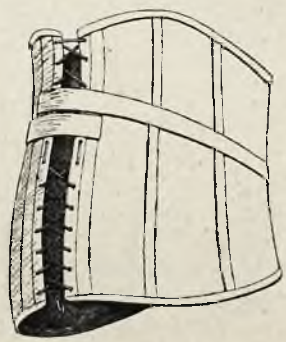


Rys. 4. Pas brzuszny z podpinkami.

ski, które przyczepiają się do guzików z przodu i z tyłu pasa. Podpinka biegnie przez krocze i fałd pośadkowy (rys. 4). Ucisk pasa regulujemy przy pomocy pasków lub sznurowania, znajdującego się na grzbietowej części pasa (rys. 5).

Sporządzenie pasa dla kobiety jest trudniejsze, trzeba bowiem uwzględnić także stronę kosmetyczną, przeto pas taki będzie zachodził niżej na biodra i pośladki, niż pas dla mężczyzny. Dla sporządzenia pasa należy pobrać z chorego miarę: wymierzamy obwód na trzech poziomach — nad grzebieniami kości biodrowych, przez szczyt wypukłości brzucha i na wysokości krętarzy. Wysokość pasa na bokach inaczej trzeba obliczać u mężczyzny, inaczej u kobiety, średnio 20 — 35 cm.

Powłoka pasa musi mieć stały kształt, nie może więc być wykonana z materiału



Rys. 5. Pas brzuszny od tyłu, celem uwidocznienia sznurowania.

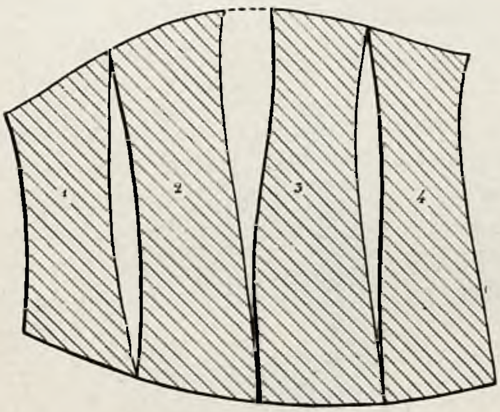
elastycznego lub miękkiego. Najlepszym materiałem na pasy jest płótno gorsetowe. Pas przygotowuje się z dwuch symetrycznych połówek — prawej i lewej, które następnie zszywa się w całość. Każda połówka składa się z czterech części, t. zw. klinów (rys. 6). Do tak przygotowanego szkicu przyszywa się prowizoryczne sznurowanie i przymierza na chorym. Wykończenie pasa, między innymi szczegółami, wymaga naszycia na wszystkie szwy pasków z cienkiej skóry, które tworzą pochewki dla cienkich stalowych płytek, usztywniających ścianę pasa.

Przy definitywnym nakładaniu pasa należy chorego pouczyć, że stopniowe przyzwyczajanie się do pasa potrwa kilka dni. Po tygodniu zarządzamy kontrolę, celem upewnienia się, czy w dopasowaniu pasa niema jakiej niedokładności.

Pasy grupy drugiej, stosowane przy zwiotczeniu powłok lub obwisłym brzuchu, nie wymagają specjalnego omówienia: są to zwykłe mocne sznurówki, które powinny być nakładane w pozycji leżącej.

Pasy stosowane przy przepuklinach podzielić należy na:

a) *pasy-sznurówki*, których zadaniem jest ochrona ściany brzucha ze specjalnym



Rys. 6. Krój połówki pasa.

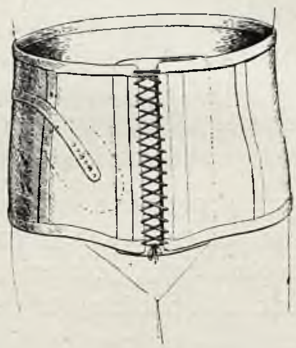
uwzględnieniem pewnych osłabionych jej odcinków, np. w przypadkach przepuklin pooperacyjnych i niektórych samoistnych (pępkowa, linii białej);

b) *bandaże*, zabezpieczające wyłącznie osłabione miejsca w ścianie brzucha, t. j. wrota przepukliny pachwinowej lub udowej, bez uwzględnienia reszty ściany brzucha.

Obydwa rodzaje tych pasów wymagają od specjalisty znajomości anatomii, dużego doświadczenia zawodowego i pomysłowości, bowiem w wielu przypadkach trzeba skonstruować pas odbiegający od zasadniczych wzorów.

W przypadkach dużych przepuklin pooperacyjnych w ścianie brzucha pas powinien mieć sznurowanie z przodu, aby choremu ułatwić nakładanie pasa w pozycji leżącej nawznak, gdyż w takim ułożeniu zawartość worka przepuklinowego chowa się do jamy brzusznej samoistnie lub przy lekkim ucisku palcami. Brzegi sznurowania powinny mieścić się na klapie ze sztywnej skóry, dopasowanej do wysklepienia brzucha. Pas taki musi być opatrzony pelotą odpowiedniego kształtu, utrzymującą przepuklinę w jej wrotach (rys. 7).

Wreszcie do pasów grupy drugiej należą pasy zalecane rekonwalescentom po operacjach brzusznych w tych przypadkach,



Rys. 7. Pas stosowany w przypadku przepukliny pooperacyjnej.

gdy chory w krótkim czasie po zabiegu musi stanąć do ciężkiej fizycznej pracy. Na przedniej ścianie zwykłej sznurówki, w miejscu odpowiadającym bliźnie pooperacyjnej, umieszcza się płaską i miękką poduszeczkę, która zabezpiecza wrażliwą bliznę od możliwych otarć o szorstką powierzchnię pasa.

Niemożliwą jest rzeczą podać w krótkim szkicu wszystkich odmian konstrukcji pasów, jakie zdarzają się w praktyce, tym bardziej, że typów standaryzowanych nie ma. Każdy specjalista ma wdzięczne pole do wykazania swej pomysłowości, byleby tylko konstrukcja pasa oparta była na słusznych zasadach.

Szyny polowe.

podał

Dr. Henryk Ciszkiewicz.

UWAGI OGÓLNE

Zasadniczym czynnikiem w leczeniu złamań jest unieruchomienie. Jaknajwcześniej zastosowane prawidłowe unieruchomienie złamania zapobiega przesuwaniu się odłamów kostnych i znosi odruchowy kurcz mięśni, zmniejsza przeto wydatnie bolesność, przeciwdziała wstrząsowi urazowemu i chroni od powikłań wtórnych: przekształcenia się złamania zamkniętego w otwarte, uszkodzenia naczyń lub nerwów przez odłamy itp. W przypadkach złamań otwartych, zwłaszcza postrzałowych, wczesne unieruchomienie stanowi ponadto niezmiernie ważny czynnik w walce z zakażeniem rany.

Do pierwotnego unieruchomienia złamań kończyn służą s z y n y p o l o w e, zwane tak dlatego, że głównym terenem ich zastosowania jest pole bitwy. Oczywiście z równą korzyścią mogą one być używane do unieruchomiania złamań wypadkowych w czasie pokoju.

Zasada unieruchamiania zapomocą szyny polowej polega na ustaleniu złamanej kończyny w ułożeniu fizjologicznym, z ujęciem dwu stawów sąsiednich, ewentualnie z zastosowaniem odpowiednio dawkowanego wyciągu i przeciwwyciągu. Baczyć należy, by kończyna nie była nigdzie nadmiernie uciśnięta, ponieważ mogłoby to doprowadzić do zaburzeń krążenia.

Zadanie szyny polowej nie powinno się ograniczać wyłącznie do unieruchomienia prowizorycznego na okres transportu do zakładu leczniczego: niezmiernie korzystną dla przebiegu leczenia złamania jest ciągłość unieruchomienia, dążyć więc należy do tego, aby szyna, nałożona bezpośrednio po wypadku, mogła spełniać swe zadanie w ciągu całego, a przynajmniej początkowego okresu leczenia, jako szyna stała. Takie zadanie postawione szynie polowej zwiększa coprawda w znacznym stopniu ilość i jakość warunków, jakim musi odpowiadać dobra szyna polowa. Omówimy kolejno te warunki konstrukcyjne:

1) Szyna polowa musi być m o c n a, wytrzymała; wszystkie jej części składowe w każdym nadanym jej i ustalonym ustawieniu powinny stanowić zwartą całość, wolną od wszelkiego chwiania się, wyginania i zniekształcania pod wpływem obciążenia kończyną lub działania wyciągu. Ta moc szyny zapewnia dobre unieruchomienie kończyny nawet w warunkach trudnego transportu.

2) Przy swej mocy szyna powinna być l e k k a, by nie obciążać ani rannego, opatrzonego szyną, ani ekwipunku polowego. Lekkość szyny osiąga się przez dobór odpowiedniego materiału: najkorzystniejszym materiałem do budowy szyn polowych są rury metalowe, jako lekkie, oporne na wyginanie, a przy tym umożliwiające, przez wsuwanie jednych w drugie, składanie szyny oraz skracanie i wydłużanie jej ramion.

3) Niezmiernie ważną zaletą szyny polowej jest p r o s t o t a b u d o w y: im szyna jest mniej skomplikowana, tym łatwiej i szybciej można ją zmontować, dopasować i nałożyć. Jeśli się uwzględni, że czynności te są wykonywane nieraz w warunkach bojowych, denerwujących i rozpraszających uwagę, wartość tej zalety uwydatnia się jeszcze więcej. Zbyt duża ilość różnych nakrętek, wtyczek oraz części dodatkowych nietylko utrudnia obsługę szyny i upośledza jej moc, ale nawet, wskutek możliwości zagubienia ich, łatwo może uczynić szynę zupełnie niezdatną do użytku.

4) Pomimo tych zastrzeżeń szyna polowa musi jednak być d o p a s o w a l n a, tj. konstrukcja jej powinna uwzględniać możliwość nałożenia jej, po dokonaniu małych zmian, zarówno na kończynę prawą

jak lewą oraz umożliwiać dostosowanie szyny do wymiarów kończyny.

5) Szyna polowa powinna być ponadto łatwo składalna. Zaleta ta czyni szynę portatywną, ułatwia umieszczenie większej ilości szyn w ekwipunku polowym i umożliwia zastosowanie w jaknajwcześniejszym okresie po zranieniu lub wypadku.

6) Konstrukcja szyny powinna umożliwiać nałożenie szyny zarówno na ubranie czy umundurowanie (unieruchomienie prowizoryczne), jak i na obnażone ciało (unieruchomienie definitywne). W obu wypadkach unieruchomienie powinno być jednakowo pewne i dobre. Różnica polega głównie na obfitszym wyścieleniu szyny przy nakładaniu jej na obnażone ciało.

7) Wreszcie szyna powinna odpowiadać jeszcze jednemu ważnemu warunkowi: nałożona definitywnie powinna umożliwiać łatwy dostęp do złamanej kończyny w celu zmiany opatrunku, wykonania zdjęcia rentgenowskiego a nawet dokonania zabiegu operacyjnego na kończynie bez konieczności zdejmowania szyny, co sprzeciwiałoby się zasadzie ciągłego, nieprzerywanego unieruchomienia.

Z powyższego wynika, że skonstruowanie idealnej szyny polowej nie jest bynajmniej rzeczą łatwą wobec stawianych jej wielu nieraz sprzecznych wymagań; im szyna będzie mniej skomplikowana, tym gorzej będzie dopasowalna i portatywna, im będzie lżejsza, tym mniej mocna itd. Dzięki stopniowym ulepszaniom niektóre typy szyn są bliskie ideału.

Omówimy najważniejsze typy szyn polowych w ich rozwoju historycznym.

SZYNY KOŃCZYNY DOLNEJ.

Szyny uda.

Przegląd szyn polowych rozpoczynamy od szyn uda, gdyż doraźne unieruchomienie złamań kości udowej, zwłaszcza złamań postrzałowych, należy, wobec ciężkości tych złamań, do zadań najważniejszych.

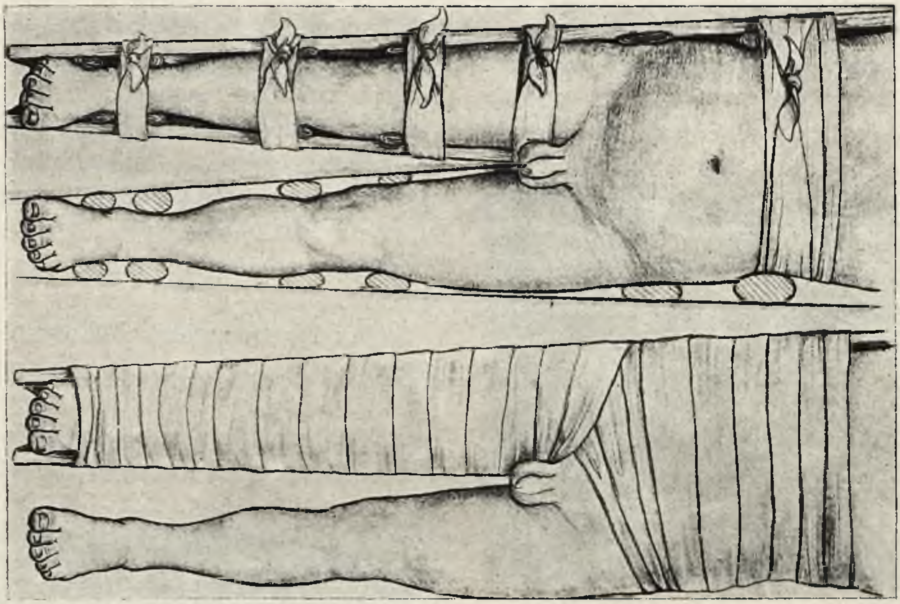
W złamaniach trzonu kości udowej oraz okolicy stawu biodrowego należyte unieruchomienie na okres transportu decyduje nieraz o życiu rannego, jak świadczy o tym dobitnie statystyka armii angielskiej: śmiertelność wynosząca na początku wojny aż 80% spadła już w końcu r. 1915 do 30%, a przyczyną tego było wprowadzenie do powszechnego użytku szyny *Thomasa.* Niedostateczne unieruchomienie złamania kości udowej sprawia rannemu podczas transportu niezmiernie silne dolegliwości i jest główną przyczyną ciężkich powikłań naczyniowych i nerwowych.

W szynach polowych uda zasada unieruchomienia złamania jest rozwiązana rozmaicie: w zależności od tego można podzielić szyny te na dwie grupy: 1) szyny usztywniające i 2) szyny wyciągowe.

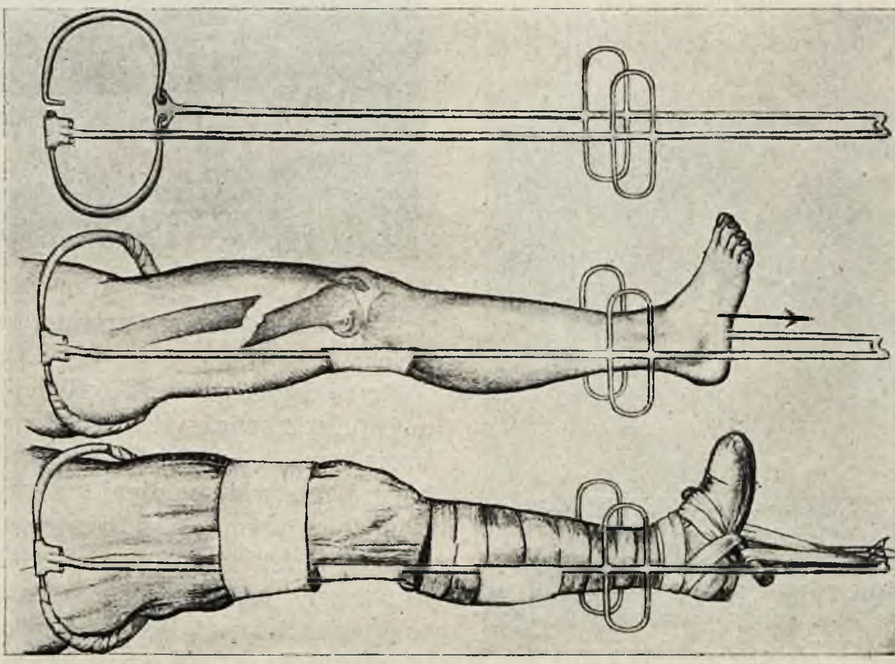
Zasadą unieruchomienia za pomocą szyn usztywniających jest zastąpienie złamanego szkieletu wewnętrznego (kości) przez szkielet zewnętrzny, jaki stanowić ma sztywna szyna silnie przymocowana do kończyny w ten sposób, że ujmuje i unieruchamia dwa stawy sąsiednie.

Szyny tego rodzaju, sporządzone z różnego materiału (drzewo, metal itp.), przygotowane specjalnie do tego celu lub improwizowane, stosowane pojedyńczo (np. wzdłuż bocznej lub przedniej strony kończyny) lub podwójnie, czy nawet wielokrotnie, stanowią najprostszy typ unieruchomienia uda — najmniej doskonały.

Unieruchomienie za pomocą tych szyn jest wyłącznie prowizoryczne, na krótki okres transportu rannego. W razie zbyt silnego przymocowania kończyny do szyny mogą powstać zaburzenia krążenia, przy zbyt słabym — unieruchomienie nie jest dostateczne; do nałożenia szyny zużywa się tu bardzo dużo materiału opatrunko-



Rys. 1.



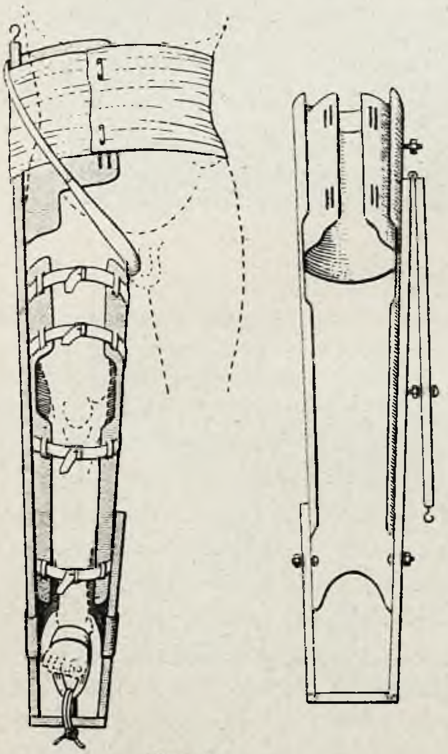
Rys. 2.

wego (opasek); poza tym szyny te, sięgające aż do pachy krępują ruchy oddechowe.

Typ szyny usztywniającej przedstawia rys. 1. Spośród licznych szyn polowych będących w użyciu w armiach walczących

podczas Wielkiej Wojny do tej grupy należały szyna *Desaulta*, szyna *Jeanbrau* (attelle en store) oraz szyna *Franza* [1]).

S z y n y w y c i ą g o w e w najprostszym typie unieruchomiają kończynę dolną za pomocą wyciągu w kierunku osi kończyny wyprostowanej w stawie kolanowym; miejscem zaczepienia wyciągu jest stopa, przeciwwyciąg opiera się o kość łonową i guz kulszowy. Zaletą tych szyn jest działanie umiarkowanego wyciągu, który przeciwdziała bolesnemu kurczowi

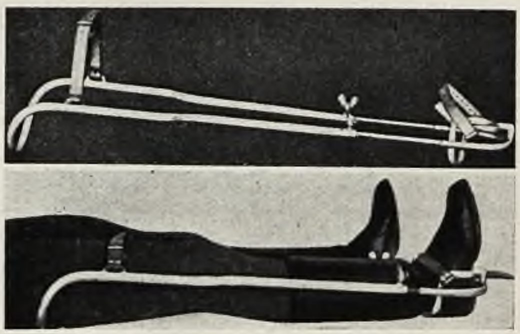


Rys. 3.

mięśni, wadą jest to, że wyciąg działa w kierunku niefizjologicznym, bez uwzględnienia warunków działania silnych mięśni uda, przemieszczających odłamy.

Prototypy takich szyn oglądamy na tablicach wspomnianego dzieła Nowickiego (szyny *Belloq'a, Pieropana, Hagedorna, Dzondego, Boyera, Volpi'ego* i in.). W czasie wojny w armiach Koalicji w użyciu była szyna *Pouliquena* (rys. 3), a zwłaszcza *Thomasa,* zmodyfikowana przez *Lardennois.*

Szyna *Thomasa* jest zbudowana z drutu obłego o średnicy 10 — 12 mm.; składa się ona z pierścienia owalnego (średnice 23 i 26 cm.), obejmującego udo w pachwinie. Do pierścienia tego przymocowane są dwa pręty, dług. 1,20 i 1,10 m., które biegną wzdłuż bocznej i przyśrodkowej powierzchni kończyny i łączą się ze sobą łukowato, tworząc uchwyt wyciągu za sto-



Rys. 4.

pę — rozstęp między prętami wynosi tu 10 cm.

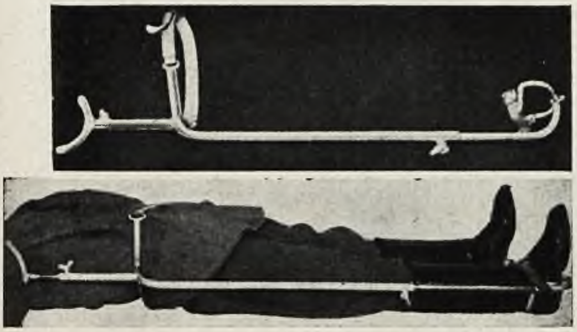
Szynę *Thomasa* w modyfikacji *Lardennois* przedstawia rys. 2. Zmiany polegają tu na tym, że pierścień jest otwierany, co bardzo ułatwia nałożenie szyny, a poza tym długie ramiona są opatrzone w podstawki, umożliwiające oparcie leżącej szyny. Szyny tej nie można zastosować w przypadkach powikłanych zranieniem okolicy pośladkowej lub stawu biodrowego.

W pracy poświęconej typowym szynom polowym, drukowanej w Zbl. f. Chirurgie (Nr. Nr. 43/36 i nast.). *Tiegel* podaje nowe typy szyn wyciągowych uda. Jedna z opisanych szyn różni się od szyny *Tho-*

[1]) Interesujących się specjalnie historią unieruchamiania i leczenia złamań odsyłam do niezmiernie ciekawego dzieła: „Emilian O. Klemens Nowicki, prof. chirurgii b. Uniw. Królewsko-Aleksandrowskiego, O złamaniu kości i sposobach leczenia ich, Warszawa 1833", gdzie złamania kości udowej omówione są na str. 61—74, a na tablicach 37—51 przedstawione są najrozmaitsze rodzaje szyn z przed 100 lat do unieruchamiania uda.

masa - Lardennois głównie zmienną długością ramion (można je wydłużać i skracać) oraz tym, że przedni łuk pierścienia jest zastąpiony przez pas rzemienny naciskający udo od przodu; tylny łuk prześcienia, dobrze wyścielony, opiera się o guz kulszowy, stanowiąc przeciwwyciąg. Wyciąg działa za stopę, za sznurowany trzewik (rys. 4).

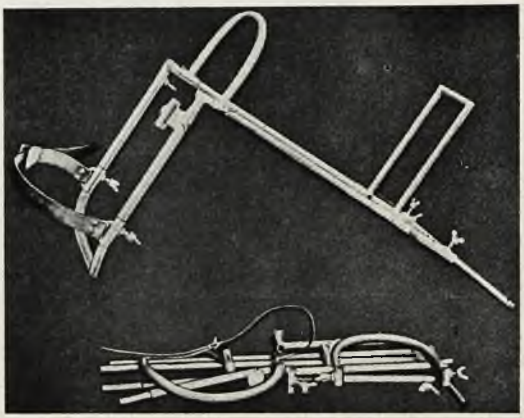
Drugi rodzaj szyny *Tiegla* przeznaczony jest dla przypadków złamań kości udowej, powikłanych zranieniem okolicy pośladkowej. Szyna ta składa się z pojedyńczego długiego rozsuwalnego drążka, opatrzonego na jednym końcu uchwytem dla obu-



Rys. 5.

tej stopy, na drugim zaś podpórką obejmującą rannego powyżej talerza biodrowego (którą przymocowuje się za pomocą pasa do tułowia) oraz podpórką pachową. Przy nakładaniu szyny najpierw umocowuje się dobrze wyścielone podpórki górne, a dopiero potem stopę, wreszcie rozciąga sią drążek szyny do odpowiedniej długości (rys. 5).

Wreszcie ostatnia szyna *Tiegla* różni się od innych tym, że wyciąg jest tu zastosowany w ustawieniu kończyny zgiętej w kolanie pod kątem prostym oraz zgiętej w stawie biodrowym. Szyna ta składa się z dwu prętów, przebiegających równolegle do uda, zakończonych łukowatym podparciem o guz kulszowy; prostopadle do nich są wmontowane dwa pręty równoległe, na których układa się podudzie; ponadto szyna jest opatrzona w łuk wyciągowy ponad kolanem oraz podpórkę dla stopy. Działanie wyciągu rozkłada się na całą tylną powierzchnię podudzia, zgiętego w kolanie pod kątem prostym. Szyna



Rys. 6.

ta może mieć zastosowanie nie tylko jako szyna prowizoryczna, transportowa, ale również jako szyna stała, lecznicza. Za-



Rys. 7.

letą jej jest to, iż na wypadek ewakuacji nie przykuwa ona do łoża rannego leczonego wyciągiem (rys. 6 i 7).

D. c. n.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Pobieranie materiału do badania histologicznego za pomocą nakłucia

podał

Doc. Dr. Jerzy Rutkowski.

Posiłkując się w celach rozpoznawczych biopsją, tj. pobieraniem tkanki do badania, jesteśmy zmuszeni czekać kilka dni na wynik badania histologicznego. Nie ma to znaczenia, jeżeli pobieramy wycinek owrzodzenia podejrzanego na nowotwór. Natomiast w przypadkach guzów, pokrytych skórą i znajdujących się w głębi tkanek, takie kilkudniowe wyczekiwanie po wycięciu próbnym, a nawet po usunięciu całego guzka jest niedopuszczalne. Doświadczenie poucza, że otwarcie dróg chłonnych podczas zabiegu próbnego wycięcia sprzyja w nowotworach złośliwych szerzeniu się nowotworu i przyśpiesza jego rozrost.

Wiadomo np., że w leczeniu nowotworów złośliwych sutka stosuje się powszechnie po odsłonięciu guza doraźne szybkie badanie histologiczne, które rozstrzyga o rodzaju zabiegu. Nie zawsze to jest jednak możliwe, a przede wszystkim takie doraźne badanie nie jest możliwe i miarodajne w nowotworach kości.

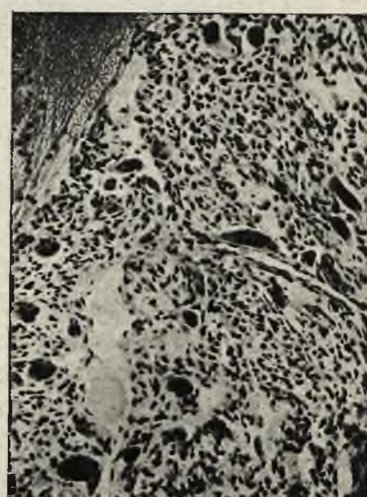
W przypadkach nowotworów kości stosuję od szeregu lat sposób pobierania tkanek do badania za pomocą nakłucia grubą (około 2 mm. średnicy) i krótką (około 5 cm.) igłą. Igłą taką, osadzoną na strzykawce łatwo jest przebić blaszkę kostną; wwiercając igłę wgłąb tkanki nowotworowej uzyskujemy dostateczną ilość materiału do badania.

W ten sam sposób uzyskiwałem materiał do badania z guzów miękkich szyi, a nawet w raku płuca.

Przedstawione przypadki dotyczą chorych ze Szpitala Instytutu Radowego im. Curie Skłodowskiej *(Dyr. Dr. F. Łukaszczyk).* Badania histologiczne i mikrofotogramy wykonał *Dr. J. Laskowski.*



Rys. 1. Przyp. 1. Chory S. F. l. 33. Guz lewego przedramienia. Rozpoznanie rentgenologiczne wątpliwe (ostitis fibrosa, przerzut nowotworu). Badanie materiału pobranego nakłuciem wykazało typowe utkanie mięsaka olbrzymiokomórkowego. Opierając się na tym rozpoznaniu ograniczono się do wycięcia kości łokciowej i wszczepienia na miejsce ubytku beleczki pobranej z piszczela.



Rys. 2. Przyp. 1. Mikrofotogram: sarcoma gigantocellulare ossis ulnae.

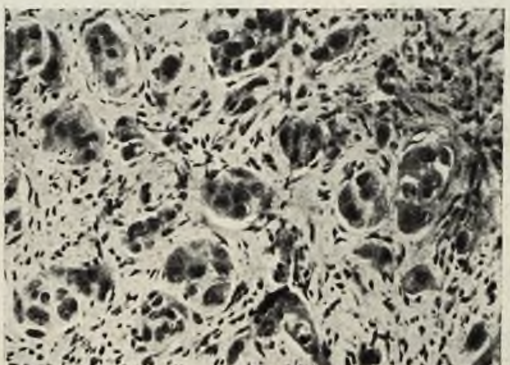


Rys. 3.



Rys. 4.

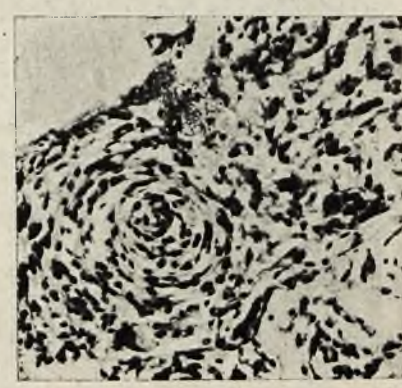
Rys. 3. Przyp. 2. Chory T. G. l. 65. Guz pr. ramienia. Rozpoznanie rentgenologiczne: nowotwór kości ramieniowej. Badanie materiału pobranego nakłuciem wykazało utkanie raka (ca solidum). Po kilku tygodniach wykryto ognisko pierwotne w prawym płucu (rys. 4).



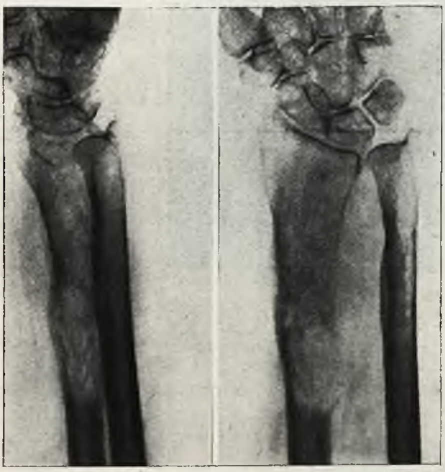
Rys. 5. Przyp. 2. Mikrofotogram: Ca solidum metastaticum ossis humeri.



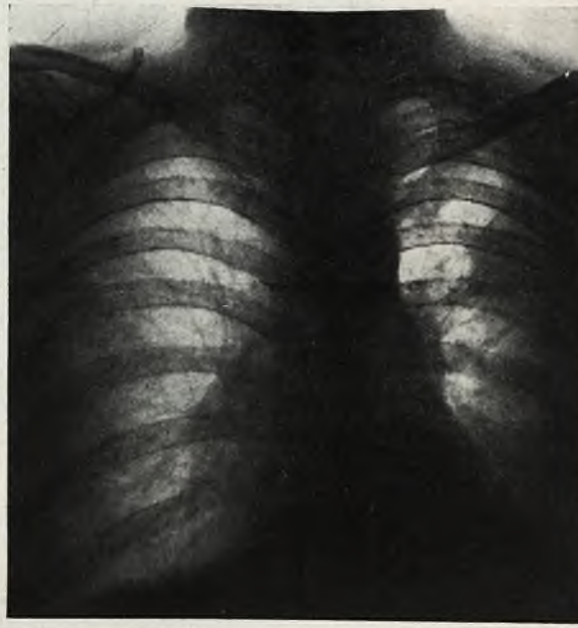
Rys. 6. Przyp. 3. B. T. l. 63. Guz czaszki. Rentgenologicznie: nowotwór kości czaszki. Badanie materiału pobranego nakłuciem wykazało utkanie oponiaka (meningioma).



Rys. 7. Przyp. 3. Mikrofotogram: meningioma.



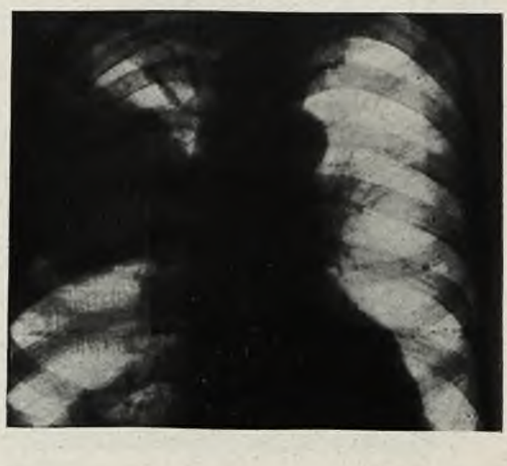
Rys. 8. Przyp. 4. J. M. l. 69. Guz pr. przedramienia. Rozpoznanie rentgenologiczne: nowotwór kości promieniowej. Badanie materiału pobranego nakłuciem próbnym wykazało utkanie gruczolako-raka. Poszukiwanie ogniska pierwotnego wykazało nowotwór płuca.



Rys. 9. Przyp. 4. Guz płuca.



Rys. 9. Przyp. 4. Mikrofotogram: adenocarcinoma metastaticum ossis radii.



Rys. 11. Przyp. 5. S. K. l. 37. Guz płuca. Rozpoznanie uzyskano w tym przypadku za pomocą nakłucia; badanie histologiczne wykazało utkanie analogiczne, jak w przypadku 2.: ca solidum.

SKRZYNKA TECHNIKI OPERACYJNEJ

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.

Osteotomia podkrętarzowa k. udowej w leczeniu złamań szyi kości udowej (technika)

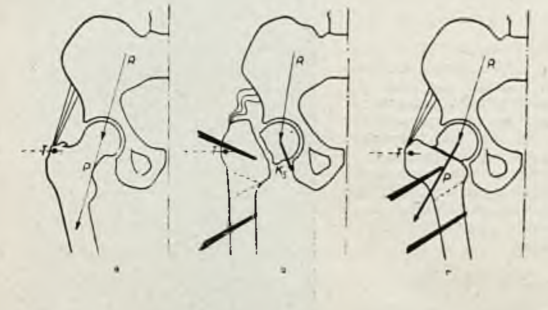
podał

Dr. Tadeusz Sokołowski.

W przypadkach zastarzałych złamań szyi k. udowej, nie nadających się do zespolenia gwoździem S. P., oraz w przypadkach stawów wrzekomych szyi kości udowej w grę wchodzi osteotomia podkrętarzowa, która przywraca prawidłową statykę stawu biodrowego (rys. 1).

Technika operacji według *Schanza* polega na wbiciu 2 gwoździ i przecięciu kości pomiędzy gwoździami: po przecięciu kości należy przywieść odłamek dośrodkowy i nałożyć długie spodnie gipsowe, ujmujące również wystające końce gwoździ.

Niektórzy uważają za konieczne wycięcie klina w miejscu osteotomii (jak na rys. 1), z jednej strony w celu dawkowania kąta pomiędzy odłamkami, z drugiej żeby zapobiec zesunięciu się odłamów podczas przemieszczania kątowego. Uważam to za niepotrzebne komplikowanie zabiegu. Uważam również za zbędne wbijanie drugiego dolnego gwoździa, jeżeli się operuje na stole wyciągowym.



Przemieszczenie płaszczyzn stawu rzekomego po osteotomii: a) stan prawidłowy, b) stan w stawie wrzekomym, c) stan po osteotomii. Wedł. Pauwelsa.

Operację wykonuję w sposób następujący: Ułożenie chorego na stole wyciągowym, kończyny lekko napięte, chora kończyna w lekkim odwiedzeniu. Przylepiamy mastisolem na przedniej powierzchni uda, poprzecznie dwa paski ołowiu: górny w miejscu odpowiadającym krętarzowi wielkiemu, dolny w okolicy zamierzonego miejsca osteotomii (tuż poniżej krętarza małego). Zdjęcie kontrolne i definitywne zaznaczenie ołówkiem atramentowym na przedniej powierzchni uda miejsc — wbicia gwoździa i osteotomii po uwzględnieniu ewentualnej poprawki na zasadzie zdjęcia.

Operacja: znieczulenie miejscowe, cięcie podłużne dł. 2 palców poprzecznych od miejsca wbicia gwoździa w krętarz ku dołowi. W górnym brzegu rany wbijamy gwóźdź. Drugie małe cięcie podłużne w miejscu osteotomii. Wkłuwamy nóż aż do kości i przecinamy w tej samej linii mięśnie tak, by do rany wszedł swobodnie osteotom. Wprowadzamy osteotom poprzez ranę aż do kości po czym obracamy go w ranie poprzecznie



Rys. 2.

do osi długiej trzonu kości i przecinamy kość zmieniając co kilka uderzeń położenie osteotomu tak, by nie ciąć w jednym miejscu, a poprzez większy odcinek obwodu trzonu (rys. 2). Postępowanie takie pozwala na gładkie poprzeczne przecięcie kości bez obawy rozszczepienia.

Po przecięciu kości napinamy nieco silniej kończyny, ujmujemy wystający koniec gwoździa ręką i pociągamy go w dół tak, by utworzyć pożądany kąt pomiędzy odłamkami. Zmniejszamy teraz napięcie kończyn (wklinowanie odłamków) i robimy zdjęcie kontrolne.

Ranę ponad gwoździem (przez pociągnięcie w dół gwóźdź znajduje się teraz w dolnym biegunie rany), oraz ranę po osteotomii zeszywamy szczelnie szwami węzełkowymi silkowymi i nakła-

damy opatrunek gipsowy, ujmujący obręcz biodrową i całą kończynę.

Gwóźdź usuwamy po 4 tygodniach, zdejmując jednocześnie szwy skórne (przez wycięte okienko). Opatrunek gipsowy usuwamy po upływie dalszych 4 tygodni. Obciążać należy nie wcześniej, jak po upływie 10 — 12 tygodni od daty operacji.





Rys. 1, 1a. Chora S. M. l. 63. Złamanie przed 9 miesiącami. Chodzi źle, duże bóle, wybitny objaw Trendelenburga. Dn. 16.XII. 36 osteotomia podkrętarzowa. Gips. Po 4 tyg. wyjęto gwóźdź, po dalszych 4 zdjęto gips. Masaż i gimnastyka w łóżku. Po dalszych 4 tygodniach rozpoczęto obciążanie. Obecnie po 4 miesiącach chora wchodzi sama na III piętro, bólów nie ma, objaw Trendelenburga znikł.





Rys. 2, 2a. Chora F. Dz. l. 28. Złamanie nastąpiło 8 miesięcy temu. Chodzi źle, boli ją szczególnie staw kolanowy. Próba nastawienia na stole wyciągowym w celu zespolenia złamania gwoździem S. P. nie dała wyniku z powodu przykurczenia mięśni (odłam dolny nie dał się ściągnąć pomimo długotrwałego stopniowego wyciągu). Wobec tego 8.VII. 36 osteotomia podkretarzowa. Gips. Dalsze prowadzenie, jak w poprzednim przypadku. Chodzi dobrze.





Rys. 3, 3a. Chora E. E. l. 62. Złamanie przed 6 miesiącami. Nie może wcale chodzić 8.II. 36 osteotomia podkrętarzowa. Dalsze leczenie, jak w poprzednich przypadkach. Chodzi o koziołkach (poprzednio długo leżała w łóżku — wiek podeszły, zaniki, osłabienie ogólne).

POSIEDZENIA

Sprawozdanie z Posiedzenia Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. dnia 15 marca 1937 r.

Dr. Wertheim:

Odległy wynik (3 lata) po operacyjnym leczeniu nawykowego zwichnięcia stawu barkowego.

Przed trzema laty W. operował pacjenta sposobem Wilmotha. W rozdwojony wierzchołek wyrostka kruczego wstawił przeszczep kostny z piszczela długości około 4 cm. po uprzednim rozdzieleniu na tępo mięśnia kruczoramiennego i stworzeniu w ten sposób łożyska dla przeszczepu. Dostęp do terenu dało cięcie w bruzdzie naramienno-piersiowej. Już wówczas przedstawiając wynik dobry bezpośrednio po operacji, W. wyraził przypuszczenie, że aczkolwiek przeszczep prawdopodobnie ulegnie wessaniu, jednak wynik odległy powinien być dobry, gdyż na pozostałym rusztowaniu łącznotkankowym znowu zaczną odkładać się sole wapniowe i w ten sposób wytworzona zostanie stała przeszkoda kostna. W istocie, jak wykazuje obecny rentgenogram wykonany przed miesiącem, przeszczep wessał się całkowicie, nie ma go ani śladu. Tym nie mniej wynik czynnościowy zabiegu po 3-ch latach jest doskonały, pacjent ani razu nie miał nawrotu zwichnięcia, jakkolwiek pracuje fizycznie. Należy przypuszczać, że dłuższa obecność przeszczepu musiała się przyczynić do wzmocnienia torebki i do trwałego utrzymania główki na właściwym miejscu.

Dyskusja:

Dr. Rechniowski (Piotrków) operował nawykowe zwichnięcie wstawiając przeszczep z kości biodrowej do szyjki łopatki. W wyniku — ograniczenie ruchów do tyłu i do poziomu.

Dr. Sokołowski operował opisanym sposobem 3 przypadki; uważa,. że przyczyną wessania przeszczepu jest zbyt krótki okres unieruchomienia po operacji. W operacji tej ważna jest również kwestia długości przeszczepu; przeszczep powinien wystawać 3 cm. poza wyrostek kruczy. S. unieruchamia po operacji bark (krochmalna opaska Desaulta) na okres 6 tygodni.

Dr. Wertheim:

Przypadek guza zstępnicy. Pacjentka l. 46 w r. 1936 przybyła do oddziału z powodu bólów w lewym dole biodrowym ze skargami na uporczywe zaparcia. Badanie rentgenowskie, wykonane na 6 tygodni przed przybyciem do szpitala, wykazuje zwężenie długości około 10 cm. w miejscu przejścia esicy w zstępnicę. Rozpoznanie rentgenologa: nowotwór zwężający. W oddziale stwierdzono: stan ogólny niezły, wzdęcie i tkliwość brzucha; w lewym dole biodrowym guz wielkości pomarańczy, twardy, bolesny, prawie nieruchomy. Badanie przez odbytnicę nie wykazało zmian. W wywiadach brak danych na przebyte sprawy zapalne ostre lub przewlekłe. Odczyn B. W. — ujemny. Po wysokiej lawatywie — odejście gazów i stolca. Po 4-ch dniach wykonano lewostronną laparotomię i stwierdzono obecność wielkiego guza, zajmującego zstępnicę prawie od zgięcia śledzionowego do esicy. Guz nieruchomo przytwierdzony do talerza biodrowego i częściowo do powłok, twardy. W przekonaniu, że jest to złośliwy nowotwór, nie nadający się ze względu na rozległość i zrosty z otoczeniem do usunięcia doszczętnego, W. wykonał boczne zespolenie poprzecznicy z dobrze ruchomą esicą, aby obejść przeszkodę. Przebieg pooperacyjny, po za częściowym zropieniem powłok, prawidłowy. W okresie gojenia i później w ciągu roku chora otrzymała kilka seryj naświetlań promieniami X. Obecnie stan chorej najzupełniej dobry. Na wadze przybyło 10 kg. Guz wyczuwalny przed zabiegiem obecnie nie wyczuwa się. Czynność przewodu kiszkowego wróciła do normy.

Jakkolwiek cały obraz kliniczny przemawia za nowotworem złośliwym, to jednak roczna obserwacja tego przypadku nasuwa pewne zastrzeżenia co do rozpoznania. Jeżeli istotnie był to złośliwy nowotwór, to wynik odległy zabiegu paliatywnego w połączeniu z leczeniem promieniami X należy uznać za wyjątkowo pomyślny. Jeżeli zaś chodzi o inne sprawy, to odrzucając z dużą dozą prawdopodobieństwa przymiot, gruźlicę i promienicę, można by myśleć o jednym z tych przewlekłych zapalnych guzów kiszki, dla których punktem wyjścia jest ciężki stan zapalny podśluzówki z następowym zastojem w drogach chłonnych.

Na zapytanie *Dr. Walca* referent odpowiada, że rentgenogram wykonany obecnie nie uwidocznił zstępnicy, papka przechodzi przez nałożone zespolenie.

Dr. Wertheim:

Odległy wynik (5 lat) po leczeniu raka odbytu.

W listopadzie 1930 r. przyjęty był do oddziału chory lat 45 ze skargami na bóle i przetoki ropne w okolicy odbytu. Przy badaniu stwierdzono w okolicy odbytu wyrośla kalafiorowate, owrzodziałe i liczne ropiejące przetoki. Rozległy naciek twardy prawego pośladka. Wypróżnienia utrudnione, bardzo bolesne. Badanie palcem przez odbytnicę nie wykazało guza w odbytnicy. Sprawa cała dotyczyła przeto tylko odbytu. Badanie drobnowidowe, wykonane przez *Dr. Laskowskiego* na 2 tygodnie przed przybyciem do szpitala dało rozpoznanie: fibroepithelioma papillare in carcinoma spinocellulare vertens. Po naradzie z *Dr. Foksztrumpfem* zdecydowano: sztuczny odbyt na esicy i rad na nowotwór. Po nałożeniu odbytu stosowano *(Dr. Floksztrumpf)* rad w ciągu 34 dni (z przerwami). Po 4-ch miesiącach kombinowanego leczenia naciek na pośladku zmniejszył się znacznie, guz kalafiorowaty zrównał się prawie z otoczeniem, chory wypisany ze szpitala. Po trzech miesiącach zgłosił się ponownie. Tym razem stwierdzono: około odbytu liczne blizny gwiaździste, twardy naciek na pośladku wielkości pięści, owrzodziały, wydzielina cuchnąca, silne bóle. W sierpniu 1931 przystąpiono do powtórnej operacji: tym razem wycięto cały naciek wraz z owrzodzeniem kraterowatym. Gojenie otwarte, bardzo powolne; po 4-ch miesiącach brzegi rany zaczęły się pokrywać nabłonkiem, a po 6½ miesiącach rana zagoiła się zupełnie. Ze względu na znaczne zwężenie naturalnego odbytu, odbyt sztuczny utrzymano. W ciągu 5-ciu lat utrzymuje się stan dobry. Chory przybrał na wadze kilkanaście kg., odbyt sztuczny działa dobrze, chociaż pacjent z racji swego zawodu (muzyk waltornista) dużo pracuje tłocznią brzuszną.

Dyskusja:

Dr. Goldstein ostrzega przed zbyt optymistycznym traktowaniem tego przypadku pomimo braku nawrotu w ciągu tak długiego czasu. Przypomina przypadek obserowawany przez siebie: Rak odbytnicy. Założono odbyt sztuczny po czym *Dr. Floksztrumpf* zaaplikował leczenie radem. Wyleczenie. Stan dobry bez nawrotu utrzymywał się w ciągu 10 lat. Obecnie pacjent, który już zupełnie zapomniał o przebytej ciężkiej sprawie chorobowej, zgłosił się z powodu trudności w oddawaniu moczu. Badaniem stwierdza się nawrót w postaci guza odbytnicy atakującego pęcherz i gruczoł krokowy.

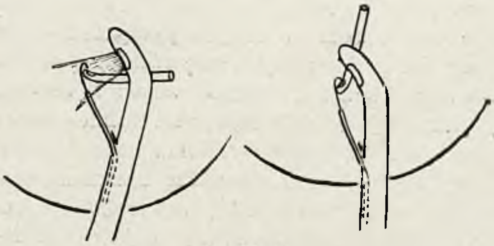
Dr. Jerzy Fryszman:

Dwa przypadki ciał obcych pęcherza moczowego.

Przypadek pierwszy dotyczy kobiety lat 25, która podczas masturbacji wsunęła sobie do pęcherza obsadkę pióra do pisania. Wziernikowanie pęcherza stwierdziło obecność obsadki długości 11 cm. ułożonej poprzecznie. Ponieważ chora podała, że część obsadki była z metalu, wykonano rentgenogram, który istotnie wykazał odcinek metalowy najwidoczniej zagłębiony w śluzówce pęcherza. Próby usunięcia obsadki przez cewkę za pomocą litotryptora nie powiodły się. Nie udało się ułożyć obsadki podłużnie, a gwałtowniejsze ruchy były nie wskazane ze względu na obawę przedziurawienia pęcherza. F. usunął przeto ciało obce otwierając pęcherz z cięcia nadłonowego. Na 10-y dzień chora wypisana ze szpitala zagojona.

Przypadek drugi: Chora lat 15 skierowana została do szpitala z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy pobieraniu cewnikiem szklanym moczu do analizy chora poruszyła się gwałtownie i spowodowała złamanie się cewnika. Część cewnika długości około 3 cm. pozostała w pęcherzu. Wziernikowanie pęcherza wykazało istotnie odłamek cewnika ułożony poprzecznie. Większość urologów, między innymi *Zuckerkandl, Joseph* radzą ciała obce szklane usuwać zawsze z cięcia nadłonowego, F. postanowił jednak dokonać próby usunięcia ciała obcego przez cewkę. W tym celu: 1) ułożył chorą tak, aby miednica leżała niżej reszty tułowia, wskutek czego cewnik opadł bliżej do cewki, 2) aby zmniejszyć ruchomość szklanego odłamka wypełnił pęcherz niewielką tylko ilością płynu. Następnie obciął koniec cewnika moczowodowego, przesunął przez cewnik cienki drut i zagiął jego koniec, wytwarzając malutki haczyk. Tak sporządzony przyrząd wprowadził do pęcherza za pomocą cystoskopu. Manipulując haczykiem pod kontrolą wziernika udało się zaczepić haczykiem oczko cewnika i pociągając ostrożnie ułożyć go w kierunku podłużnym do ujścia pęcherza. Wówczas usuwając cystoskop

F. usunął jednocześnie cewnik, ułożony tępym końcem w kierunku ujścia pęcherza (rys. 1, 2).



Rys. 1, 2.

Dyskusja:

Dr. Witkowski usuwał z pęcherza odłamek ołówka anilinowego.

Doc. Rutkowski usuwał przez cięcie nadłonowe 3 groszki okrągłe, które wsunął sobie przez cewkę mały chłopiec.

Dr. Walc usuwał odłamek szklanego cewnika również przez cewkę. Za pomocą rozszerzadeł Hegara rozszerzył cewkę i uchwycił cewnik kleszczykami do kamieni żółciowych.

Dr. Cholewicki usuwał z cięcia nadłonowego kłęb słomy; chory z powodu zwężenia cewki wypuszczał sobie mocz, wprowadzając do pęcherza długie odcinki słomy. Część takich cewników za każdym razem odłamywała się i pozostawała w pęcherzu.

Dr. Fryszman (starszy) uważa, że zawsze należy starać się usuwać ciała obce przez cewkę. Odłamki cewników szklanych niebezpiecznie jest usuwać za pomocą kleszczyków ze względu na możność pokruszenia ich.

Dr. Szenkier usuwał parafinę z pęcherza i, o ile nie była inkrustowana, rozpuszczał ją w pęcherzu benzyną lub ksylolem.

Doc. Szerszyński:

Przypadek odmy otrzewnej.

Chory lat 30 zapadł na mocne bóle w prawym nadbrzuszu w godzinach poobiednich. Wieczorem bóle uspokoiły się, jednak za radą lekarza chory postanowił udać się do szpitala. W 2-ch szpitalach odmówiono mu przyjęcia ze względu na brak miejsca i przy braku objawów ostrego ciężkiego schorzenia. Przy przyjęciu do Szpitala Dzieciątka Jezus w izbie przyjęć wstrzyknięto pacjentowi morfinę z powodu ponowienia się ostrych bólów. Noc przespał chory spokojnie. Na drugi dzień rano bólów samoistnych nie miał, obmacywanie zaś brzucha wykryło lekkie napięcie mięśni prostych w nadbrzuszu oraz żywą bolesność w terenie kątnicy. Zdecydowano prześwietlić jamę brzuszną promieniami Roentgena ze względu na to, że cały przebieg schorzenia pozwalał przypuszczać obecność przedziurawienia wrzodu żołądka, a bolesność okolicy kątnicy nie wyłączała przedziurawienia, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia. Przy prześwietleniu stwierdzono dwa pęcherze powietrzne pod obu połowami przepony; pęcherze te układały się w kształcie półksiężyców. To zadecydowało o rozpoznaniu przedziurawienia. Operacja potwierdziła rozpoznanie: wrzód dwunastnicy bez oklejenia na przedniej ścianie.

Z powodu tego przypadku S. zwraca uwagę na znaczenie badania rentgenowskiego jamy brzusznej w każdym przypadku ostrych bólów brzucha. S. spostrzegał 5 przypadków, gdzie prześwietlenie brzucha wydatnie pomogło w rozpoznaniu cierpienia, w tym 4 razy było przedziurawienie wrzodów żołądka lub dwunastnicy a 1 raz ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w 3-im dniu ataku. W ostatnim wypadku odma podprzeponowa wystąpiła prawdopodobnie wskutek obecności flory beztlenowcowej w otrzewnej. S. wyciąga następujące wnioski: wystąpienie odmy w pierwszych godzinach po ataku bólowym przemawia raczej za przedziurawieniem przewodu pokarmowego i to nie tylko żołądka, widywano bowiem odmę w przypadkach przedziurawienia kiszek w durze brzusznym; w późniejszych dniach po wystąpieniu ataku bólowego odma może być spowodowana także zapaleniem otrzewnej, gdzie udział bierze flora jelitowa.

Dyskusja:

Dr. Rechniowski przytacza dane z literatury amerykańskiej; notowano przypadki, gdzie były objawy przedziurawienia, odma występowała, objawy jednak bez zabiegu operacyjnego uspakajały się; autorzy przypuszczają, że część przedziurawień może zagoić się samoistnie.

Prof. Radliński nie uważa, że wolno czekać z zabiegiem wobec stwierdzenia przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy, nawet, jeżeli objawy bólowe cofnęły się. Ból w prawym dolnym kwadrancie jest objawem często spotykanym w przedziurawieniu i może być źródłem pomyłek rozpoznawczych. W razie błędnego rozpoznania po otwarciu brzucha nad kątnicą stwierdza się nie ropę a treść płynną, mętnawą o odczynie kwaśnym.

Dr. Witkowski przypomina swój przypadek, gdzie chory nie zgodził się na zabieg operacyjny pomimo objawów przedziurawienia; w następstwie powstał ropień otorbiony, który otworzył się samoistnie w okolicy lędźwiowej.

Dr. Szenicer cytuje swój przypadek dotyczący lekarza; przez kilka lat objawy nadkwaśności żołądka; badanie rentgenowskie nie wykazało obecności wrzodu; wszystkie objawy ze strony żołądka stopniowo cofnęły się. Po upływie 2 lat bóle w prawym dolnym kwadrancie i w prawym podżebrzu. Badanie rentgenowskie stwierdziło obecność pęcherza powietrznego pod przeponą. Zabieg operacyjny: przedziurawienie wrzodu żołądka. Wrzód zaszyto, nałożono zespolenie. Wyzdrowienie.

Doc. Butkiewicz: odma powietrzna jest zawsze objawem przedziurawienia. Przytacza dwa swoje przypadki: w pierwszym obraz kliniczny nie wyłączał ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego; ponieważ stwierdzono odmę powietrzną, rozpoznano przedziurawienie wrzodu żołądka, co operacja potwierdziła; w drugim przypadku — przeciwnie obraz kliniczny przemawiał za przedziurawieniem wrzodu, jednak wobec braku odmy wykonano laparotomię dolną nad kątnicą i stwierdzono ostre zapalenie wyrostka.

Doc. Zaorski podnosi także znaczenie rozpoznawcze odmy powietrznej, wobec której mniejsze znaczenie posiada znany objaw zniknięcia stłumienia wątrobowego w przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądka.

Prof. Radliński zwraca uwagę na to, że przedziurawienie przewodu pokarmowego może wystąpić i w przypadkach tępych urazów brzucha. Tu czekać na odmę powietrzną było by niebezpieczne; wskazaniem do zabiegu będzie już napięcie powłok brzusznych.

Doc. Szerszyński:

Przypadek nerki wydłużonej (ren elongatus).

Przypadek dotyczy kobiety lat 42, która zgłosiła się do szpitala z objawami kamicy prawej nerki. Pyelografia wstępująca wykazała obecność 2-ch miedniczek i rozdwojenie moczowodu prawego, kamienie zaś mieściły się wyłącznie w górnej miedniczce i w górnej połowie nerki. Po odsłonięciu nerki okazało się, że obie miedniczki niezależnie odchodzą od nerki powiększonej w swym wymiarze podłużnym. Wykonano odcięcie górnej połowy nerki łącznie z górną miedniczką. W celu uniknięcia silniejszego krwawienia zastosowano nóż elektryczny.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

Rys. 1. Rentgenogram okolicy lędźwiowej: widać cienie, odpowiadające kamieniom nerkowym.
Rys. 2. Pyelogram nerki prawej: widać rozszczepiony moczowód i podwójną miedniczkę.
Rys. 3. Pyelogram po operacji: widać cień prawidłowej miedniczki z moczowodem i kikut odciętego moczowodu.

Doc. Szerszyński i Dr. J. Majewski:

Przypadek zapalenia esicy.

Chora lat 33 przyjęta do oddziału z objawami ostrych bólów w całym podbrzuszu i parciem na stolec. Stolce bolesne, wśród parcia, płynne, w małych ilościach co kilkanaście minut. Badanie wykazało, że chora jest w stanie ciężkim; ciepłota 37, tętno drobne, 114 na minutę, język suchy, wymiotuje treścią brązową; brzuch nie wzdęty, b. bolesny przy obmacywaniu, zwłaszcza w okolicy dołów biodrowych i nad spojeniem. Napięcia mięśni ani oporów nie wyczuwa się. Badanie przez pochwę wykazuje tylko nieznaczne obniżenie lewego sklepienia i wywołuje żywy ból przy poruszaniu macicą. Douglas wolny. W wywiadach podała chora, że przed 6-ciu laty rodziła raz jeden i od tego czasu stale choruje na bóle brzucha i zaparcia. W szpitalu w ciągu 2-ch dni stosowano wlewki podskórne soli i okłady na brzuch. Stan ogólny poprawił się, tętno wolniejsze i łepiej napięte. Prześwietlenie jamy brzusznej wykazało kilka poziomów wolnego płynu, w okolicy kątnicy poziom szerokości ca. 2 cm. Na trzeci dzień laparotomia w uśpieniu eterowym. Stwierdzono: niewielką ilość wolnego płynu, umiarkowane nastrzyknięcie otrzewnej, wyrostek bez zmian. Z małej miednicy wyciągnięto rozdętą pętlę esicy o ścianie obrzmiałej, soczystej z nalotami włóknika na przekrwionej otrzewnej, który częściowo oblepiał krezkę pętli. Na krezce zmian bliznowatych nie znaleziono. Pętlę z powrotem wsunięto do brzucha, który zaszyto szczelnie. Po operacji przebieg bez większych powikłań. W ciągu pierwszych dni częste (do 10) płynne stolce, ciepłota podgorączkowa. Stopniowo ciepłota wróciła do normy, stolce uregulowały się. Rentgenogram kiszek po 2-ch tygodniach wykazał prawidłowe stosunki we wstępnicy i poprzecznicy, natomiast zstępnica i początek esicy rysują się w kształcie wąskiej taśmy ze słabo zaznaczonymi wcięciami. Wziernikowanie odbytnicy (na 20 cm.) wykazało rozszerzone naczynia i nieco śluzu, owrzodzeń nie stwierdzono.

Doc. Szerszyński i Dr. J. Majewski:

Przypadek zapalenia okołoesicowego (perisigmoiditis).

Chora przybyła do oddziału w kwietniu 1936, skarżąc się, że od 2-ch miesięcy powtarzają się co pewien czas napady bólowe w prawej dolnej połowie brzucha, promieniujące do krzyża i prawego uda. W dwa dni po przyjęciu do oddziału chora dostała znowu swego typowego ataku bólowego z ciepłotą do 38°. Badanie brzucha wykazało guzowatość nad spojeniem łonowym po obu stronach linii środkowej, sięgające 3 palce po nad spojenie łonowe. Mocz i stolce prawidłowe. W następnych dniach: ciepłoty wieczorowe do 38,4°, stolce prawidłowe, brzuch wzdęty, bolesny lecz o powłokach nie napiętych. Bolesny naciek w brzuchu powiększył się i sięgał do pępka. Badanie przez pochwę stwierdza, że owe guzowatości bolesne ułożone są po obu stronach macicy, poruszanie macicą wywołuje żywą bolesność. W przypuszczeniu, że sprawa zapalna dotyczy przydatków po obu stronach, zaczęto stosować iniekcje mleka, lód na brzuch i narkotyki. Stopniowo, ale bardzo powoli sprawa zapalna w jamie brzusznej zaczęła się uspakajać, nacieki zmniejszyły się, ciepłota wróciła do normy. Po upływie 2-ch miesięcy stan ogólny zupełnie zadawalający. Przy obmacywaniu brzucha wyczuwa się ponad lewym więzem. Pouparta niewielki guz, gładki, nie bolesny. Przez pochwę znaleziono szyję macicy przesuniętą w stronę lewą i spojoną z guzem (wyczuwalnym przez powłoki). Guz ten ułożony na lewym talerzu biodrowym, jest ruchomy w stosunku do podłoża i nie bolesny. Prawe sklepienie wolne. Wlewanka kontrastowa: esica na przestrzeni 10 cm. wykazuje nieregularność zarysów, ubytki cieniowe oraz przewężenie światła w 2-ch miejscach. Po zastosowaniu diatermii guz znikł ostatecznie i chora została wypisana z oddziału, jako zdrowa.

Dyskusja:

Dr. Lubelski zaznacza, że najczęstszą przyczyną zmian zapalnych okołoesiczych jest megasigma z następowym zaleganiem kału w rozszerzonej i atonicznej pętli.

Prof. Radliński:

Przypadek torbieli trzustki.

Przypadek dotyczy pourazowej torbieli trzustki u mężczyzny; torbiel wypukla się po przez więzadło żołądkowo - okrężnicze, unosząc na sobie częściowo żołądek. Operowano sposobem, podanym przez *Jurasza.* Nacięto żołądek. Za pomocą obmacywania ustalono, że pomiędzy torbie-

lą i ścianą żołądka wytworzyły się mocne zrosty. Wobec tego nacięto tylną ścianę żołądka cięciem przenikającym do torbieli. Wypuszczono 1700 cm. płynu z torbieli. Brzegi otworu obszyto, łącząc ze sobą ściany żołądka i torbieli i wytwarzając w ten sposób zespolenie torbielowo-żołądkowe. Zaszycie żołądka, szczelne zaszycie jamy brzusznej. W przebiegu pooperacyjnym w ciągu 6-ciu tygodni dieta ściśle płynna. Wyzdrowienie.

Doc. Butkiewicz sądzi, że przy podobnym postępowaniu należy raczej wytwarzać szerokie zespolenie jamy żołądka z jamą torbieli; pokarmy, przedostające się do jamy torbieli, mogą w niej zalegać przy małym zespoleniu wskutek braku elementów kurczliwych w ścianie torbieli.

Prof. Radliński w odpowiedzi zaznacza, że właśnie w celu uniknięcia zalegania pokarmów stałych w jamie torbieli w ciągu 6-ciu tygodni podawał tylko płyny.

Prof. Radliński:

Przypadek wyleczenia operacyjnego raka zstępnicy u kobiety lat 48.

Guz usadowił się na przejściu zstępnicy w esicę i był mocno zrośnięty ze ścianą brzuszną. Wykonano lewostronną hemikolektomię, przy tym ze względu na mocne i liczne zrosty z tylną ścianą brzuszną trzeba było ostrożnie wypreparować wielkie naczynia i moczowód. Okrężnicę zespolono z esicą bok do boku. Jamę brzuszną zaszyto szczelnie. Przebieg dobry, powikłany nieznacznym ropieniem w powłokach.

Dr. K. Dębicki:

Przypadek odjęcia kończyny dolnej wraz z częścią obręczy miedniczej (amputatio inter-ileo abdominalis).

Chora lat 20, operowana już trzykrotnie z powodu nerwiako-włókniaków okolicy pośladkowej i górnej ⅓ prawego uda. Ostatni zabieg w październiku roku ubiegłego w I Klin. Chirurg. W krótkim czasie nawrót; guz obejmuje prawie całą okolicę pośladkową oraz przednią i boczną część uda prawego. Zdecydowano wykonać rozległy zabieg operacyjny, radykalnie uwalniający chorą od zdradzającego cechy złośliwości guza.

W uśpieniu eterowym z cięcia równoległego do więzadła pachwinowego i grzebienia kości biodrowej odsłonięto wielkie naczynia. Podwiązano tętnicę i żyłę biodrową wspólną. Następnie cięcie przedłużono ku przodowi i dołowi, omijając części zmienione nowotworowo; w ten sposób wytworzono szeroki płat skórny od strony górno-przyśrodkowej uda. Wyszkieletowanie na tępo obu ramion kości łonowej i przedłutowanie ich. Następnie chorą ułożono na boku zdrowym i cięcie nad grzebieniem kości biodrowej, przedłużono ku tyłowi do kolca biodrowego tylnego górnego. Dalej poprowadzono cięcie wdół wzdłuż linii stawu krzyżowo-biodrowego, okrojono okolicę odbytu i połączono je z cięciem przyśrodkowo-przednim. Cięcia te różniące się znacznie od klasycznych opisów, podyktowane były w danym przypadku układem i rozległością guza. Z kolei wyszkieletowano kość biodrową i przedłutowano ją tuż przy stawie krzyżowo-biodrowym. Ostrym hakiem, wbitym w przekrój kości, pociągnięto ją ku przodowi i dołowi, udostępniając wielkie pnie nerwowe. Zablokowano je 1% roztworem nowokainy i przecięto. Po tym akcie parę ruchów nożyczkami uwolniło kończynę; nieznaczne krwawienie z gałązek mięśniowych zaopatrzono podwiązkami. Muskulaturę brzucha zbliżono do mięśni lędźwiowych kilkoma szwami strunowymi. Szwy sytuacyjne na powłoki skórne. Przebieg pooperacyjny powikłany zgorzelą szczytu płata skórnego, wykrojonego z okolicy przyśrodkowo-przedniej uda. W chwili obecnej rana ziarninuje i zabliźnia się od obwodu.

Dr. K. Dębicki:

Przypadek wrzodu trawiennego na zespoleniu żołądkowo-jelitowym.

Dnia 26.II.37. do I Klin. Chir. U. J. P. przybyła chora lat 26 operowana przed trzema laty w oddziale dr. *Solowiejczyka,* gdzie z powodu wrzodu żołądka wykonano zespolenie żołądkowo - jelitowe tylne. Po zabiegu czuła się dobrze w ciągu dwuch lat.

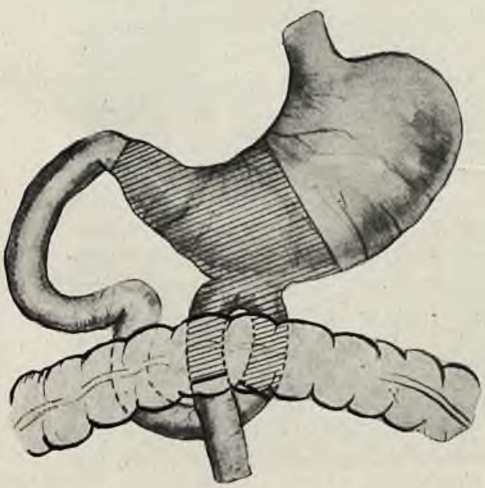
Od roku bóle w nadbrzuszu nasilające się naczczo, czasem w nocy. Zgaga, kwaśne odbijania, nieraz stolce smoliste. Chora chudnie. Przed przybyciem do kliniki przez szereg miesięcy leczona była internistycznie bez żadnej poprawy. Badanie rentgenowskie wykonane po za

Kliniką wykazało stan po zespoleniu żołądkowo-jelitowym, nałożonym w części trzonowej; papka kontrastowa zalega w żołądku powyżej 6 godzin. Przy badaniu stwierdzono bolesność w nad-



Rys. 2.

brzuszu nieco w lewo od linii środkowej. W podbrzuszu nad spojeniem łonowym wyczuwa się kulisty twór, gubiący się w miednicy małej. Badaniem zestawionym ustalono, że twór ów wielkości dużej pomarańczy porusza się nieznacznie przy unoszeniu części pochwowej. Trzonu macicy nie daje się ściśle wymacać. Z badań laboratoryjnych dodatni wynik próby na krew utajoną rozstrzygnął rozpoznanie w kierunku wrzodu trawiennego jelita czczego. Na zlecenie prof. *Radlińskiego* przystąpiono do zabiegu operacyjnego.



Rys. 4.

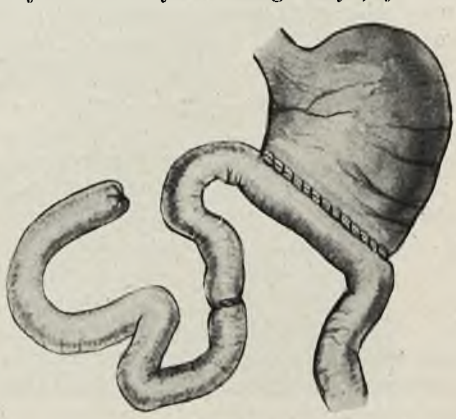
Uśpienie evipanem, zwiotczenie powłok zadawalniające. Po otwarciu jamy brzusznej i oddzieleniu licznych zrostów sieci z otrzewną ścienną wydobyto żołądek dość duży, bliznowato przewężony w części odźwiernikowej. Zrosty pęcherzyka żółciowego z dwunastnicą. Żadnych guzowatości przy obmacywaniu żołądka nie znaleziono. Po wyłonieniu zespolenia na tylnej ścianie żołądku, przy obmacywaniu znaleziono na ramieniu odprowadzającym, tuż przy ścianie żołądka



Rys. 3.

nacieczenie zapalne, w którym wyczuwa się wgłębienie o średnicy monety groszowej i o brzegach bliznowatych (rys. 2, 3). Idąc za radą prof. *Radlińskiego,* przecięto oba ramiona pętli jelita czczego, prowadzące do zespolenia z żołądkiem. Podwiązano naczynia krezki i odtworzono ciągłość jelita czczego, zeszywając koniec z końcem szwem jednopiętrowym lnianym.

Następnie przystąpiono do wycięcia części żołądka wraz z zespoleniem, zamykając kikut dwunastnicy trzypiętrowym szwem kapciuchowym. Po usunięciu części żołądka powyżej odcinka wchodzącego w zespolenie, kikut żołądka połączono z jelitem czczym według Polya, jak zwykle



Rys. 5.

w klinice prof. *Radlińskiego,* szwem jednopiętrowym lnianym. Uprzednio nałożony szew jelitowo-jelitowy przypadł na ramię doprowadzające do nowego zespolenia (rys. 4, 5). Przebieg pooperacyjny gładki. Rana operacyjna zagojona przez rychłozrost.

Dr. K. Dębicki:

Przypadek plastyki stawu biodrowego.

Chora l. 28, przyjęta do Kliniki z powodu spondyloarthritis ankylotisans. W obu stawach biodrowych zesztywnienie, przy czym udo prawe ustawione w zgięciu, odwiedzeniu i skręceniu bocznym, lewe — w przywiedzeniu, zgięciu i skręceniu do środka. Stan taki uniemożliwiał chorej nie tylko chodzenie, ale i leżenie w łóżku. Poziom wapnia we krwi 12 mgr. według Hirth'a. Plan leczenia ustalony został przez prof. *Radlińskiego* w sposób następujący: 1) plastyka stawu biodrowego lewego, 2) osteotomia podkrętarzowa po stronie prawej (względnie również plastyka) 3) zabieg na przytarczyczkach.

W uśpieniu eterowym D. z cięcia Kochera odsłonił okolicę stawu biodrowego lewego i stwierdził zupełne skostnienie w miejscu dawnej szpary stawowej.

Przedłutowanie kościozrostu, wymodelowanie panewki i główki kości udowej, otoczenie wymodelowanej główki wolnym przeszczepem, pobranym z zewnętrznej powięzi uda. Szwy sytuacyjne na mięśnie, szwy strunowe na powłoki skórne, unieruchomienie kończyny w wysokim opatrunku gipsowym na przeciąg czterech tygodni. Przebieg pooperacyjny gładki. W chwili obecnej chora jest w okresie uruchomiania czynnego stawu.

J. Kołodziejski.

KRONIKA

XII Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich odbył się w Warszawie w dniach 5, 6 i 7 kwietnia. Sprawozdanie ze Zjazdu zostanie umieszczone w N-rze następnym.

Nowy Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Na zebraniu ogólnym Towarzystwa Chirurgów Polskich dnia 6 kwietnia r. b. dokonano wyboru nowego Zarządu w następującym składzie: Prezes — prof. dr. *Tadeusz Ostrowski* (Lwów), wiceprezes — doc. dr. *Adolf Wojciechowski* (Warszawa), redaktor „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego" — doc. dr. *Bronisław Szerszyński* (Warszawa), skarbnik — dr. *Aleksander Ambrożewicz* (Warszawa), sekretarz Zarządu — dr. *Tomasz Byszewski* (Warszawa), członkowie Zarządu — prof. dr. *Jan Glatzel* (Kraków), prof. dr. *Antoni Jurasz* (Poznań), prof. dr. *Kornel Michejda* (Wilno), doc. dr. *Jan Mossakowski* (Warszawa) i doc. dr. *Jan Zaorski* (Warszawa).

Następny XIII Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich odbędzie się w r. 1939 we Lwowie.

Nowy Zarząd Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego.

Na Walnym Zebraniu Towarzystwa dnia 19. IV. r. b. dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1937, w następującym składzie: Prezes — *dr. A. Ambrożewicz,* wiceprezes — *doc. dr. J. Mossakowski,* sekretarz — *dr. S. Tokarski,* skarbnik — *dr. E. Tymieniecki,* bibliotekarz — *dr. J. Kossakowski,* członek Zarządu — *dr. E. Witkowski.*

Odsłonięcie tablicy pamiątkowej.

Dnia 4 kwietnia odbyło się uroczyste odsłonięcie tablicy dla uczczenia zasług Prof. *Antoniego Leśniowskiego,* długoletniego Dyrektora I Kliniki Chir. U. J. P. Tablica, ufundowana przez uczniów i asystentów Profesora, dłuta p. *Nałkowskiej-Bickowej* została wmurowana nad wejściem do sali wykładowej I Kliniki Chirurgicznej. Przebudowana i odnowiona wielka sala wykładowa otrzymała nazwę: „Sala Prof. Antoniego Leśniowskiego".

Na uroczystość przybyli: Rektor Uniwersytetu J. P. *Prof. Antoniewicz,* Dziekan Wydziału Lekarskiego *Prof. Czyżewicz,* Wiceprezydent Warszawy *Olpiński,* Dyrektor Szpitalnictwa *Dr. Orzechowski,* większość profesorów Wydziału Lekarskiego oraz dyrektorzy i ordynatorzy szpitali warszawskich.

Odsłonięcia dokonał *Prof. Czyżewicz* po czym wszyscy zebrani udali się na salę wykładową. Pierwszy zabrał głos *Dr. Ambrożewicz* i w krót-

kim treściwym przemówieniu podniósł zasługi Profesora *Leśniowskiego* jako organizatora, kierownika kliniki i nauczyciela. Następnie przemawiał *Prof. Czyżewicz,* który w imieniu Wydziału Lekarskiego przejął tablicę, powierzając pieczę nad nią *Prof. Radlińskiemu,* i nakreślił działalność *Prof. Leśniowskiego* na terenie Uniwersytetu, jako byłego Dziekana i członka Rady Wydziałowej. Z kolei przemawiał Prezes Koła Medyków *Lebiedowski* w imieniu młodzieży i przedstawiciel personelu pomocniczego Kliniki *Sobocki,* który podnosił stosunek sprawiedliwy a opiekuńczy Profesora do całego personelu.

Prof. Leśniowski w krótkim i serdecznym przemówieniu podziękował za uroczystość.

Habilitacja.

Dr. Juliusz Zaremba, prymariusz oddziału chirurgii urazowej Szpitala im. Narutowicza w Krakowie, został habilitowany w Uniwersytecie Jagiellońskim, jako *docent ortopedii chirurgicznej.*

Nowe Zakłady Lecznicze w Polsce.

Sanatorium Wojskowe w Otwocku.

Zakład ten, przeznaczony do leczenia wojskowych zawodowych i ich rodzin, chorych na czynną gruźlicę płuc, został uruchomiony z dniem 1 maja 1935. Rozwinięty na 100 łóżek może pomieścić 120 chorych.

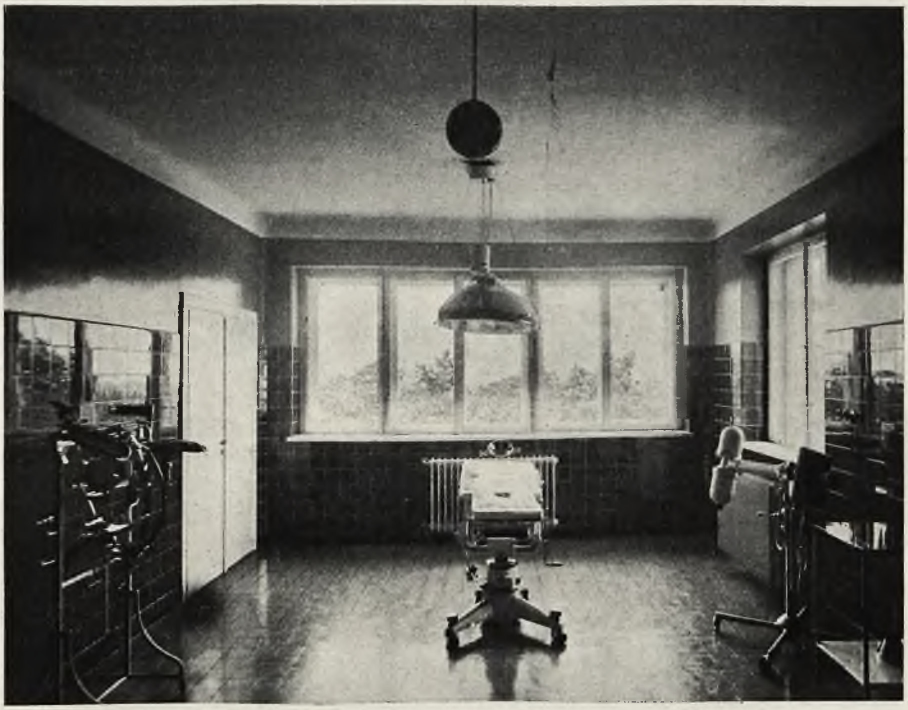


Rys. 1. Widok ogólny Sanatorium w Otwocku.

Sanatorium otoczone 13 hektarami sosnowego lasu znajduje się w odległości 32 km. od Warszawy, 3½ km. od centrum Otwocka, na najwyższym punkcie uzdrowiska. Zakład jest wyposażony w salę operacyjną (rys. 2), opatrunkową, gabinet rentgenowski, salę laryngologii, laboratorium i gabinet lamp.

Kierownikiem Sanatorium jest mjr. dr *Michał Telatycki.* Lekarzy stałych Sanatorium posiada trzech i 11 pielęgniarek. Powstanie tego Sanatorium wypełniło dotychczasową lukę w zakresie lecznictwa gruźlicy płuc w klimacie nizinnym chorych spośród wojska i jest zasługugą kie-

rowniczych sfer Wojskowej Służby Zdrowia. Pod względem budowy, wyglądu i urządzeń nie ustępuje najnowocześniejszym zakładom tego typu.



Rys. 2. Sala operacyjna Sanatorium w Otwocku.

Wojewódzki Zakład Leczniczo - Wychowawczy im. Józefa Piłsudskiego w Istebnej (woj. śląskie).

Zakład ten, zbudowany staraniem i kosztem Województwa śląskiego, został oddany do użytku w kwietniu 1937. Położony na południowym stoku przełęczy Kubalonka na wysokości 751 m. na szosie Wisła — Istebna ma doskonałe połączenie autobusowe ze Skoczowem, Cieszynem i Bielskiem. Otoczony lasami świerkowymi posiada duży obszar własny (32-morgowy park świerkowy).

Sanatorium składa się z 10 budynków, połączonych krytymi gankami (z wyjątkiem pawilonu zakaźnego na 22 łóżka i domu mieszkalnego dla lekarzy i urzędników).

Zakład, przeznaczony do leczenia gruźlicy dziecięcej (od 7 do 16 roku życia, głównie dla gruźlicy narządów wewnętrznych) jest obliczony na 300 łóżek. Dla gruźlicy chirurgicznej uruchomiono na razie 24 łóżka, przewidziano jednak adaptację na dalsze 24 łóżka.

Zakład jest rozbudowany szeroko nietylko pod względem leczniczym, ale i pod względem urządzeń wychowawczych (8 nauczycieli, liczne gabinety szkolne, sala gimnastyczna itd.).

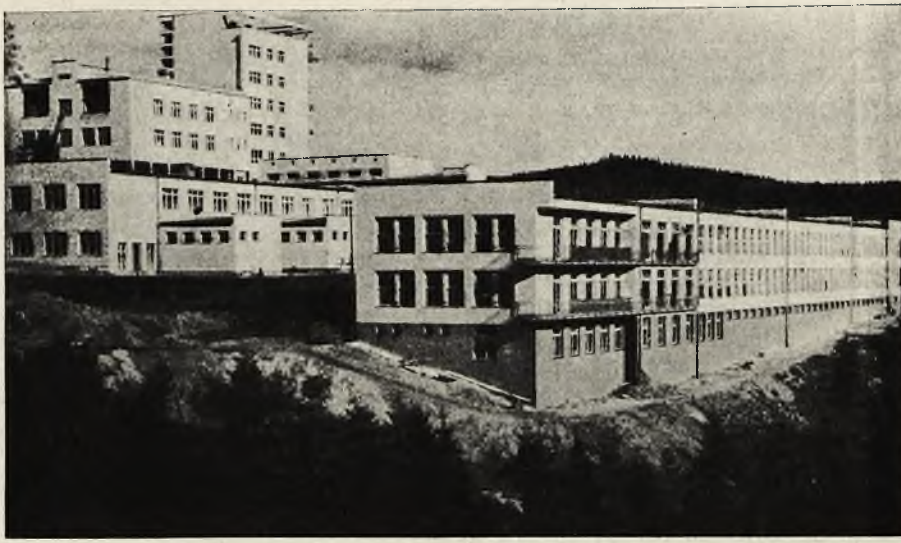
Z urządzeń leczniczych należy wymienić salę operacyjną, salę opatrunków gipsowych, 2 sale lamp, gabinety: rentgenowski, dentystyczny, laryngologiczny i laboratorium chemiczno- bakteriologiczne.

Kierownikiem zakładu jest *Dr. Zygmunt Dadlez,* personel lekarski składa się z 6 stałych lekarzy i 1 lekarza-dentysty. Chirurg, *Dr. Jan Kubisz,* Dyrektor Szpitala Powszechnego w Cieszynie, dojeżdża samochodem (czas przejazdu 30 minut). Personel pomocniczy składa się z 16 pielęgniarek i wychowawczyń[1]).

---

1) Pewne zastrzeżenia budzi naszym zdaniem fakt, że przewidziano zbyt mało miejsca dla gruźlicy chirurgicznej, dla której przecież w pierwszym rzędzie brak w Polsce opieki sanatoryjnej. W razie wtórnej adaptacji większej ilości łóżek dla chorych z gruźlicą kostno-stawową nadmierna rozbudowa urządzeń szkolnych okaże się zbędna.

Red.



Rys. 3. Widok ogólny Sanatorium w Istebnej.

Ogłoszenie zapomogi.

Spółka wydawnicza „Polska Gazeta Lekarska" przeznaczyła dla wdów po lekarzach - prenumeratorach P. G. L. 100 zł. zapomogi bezzwrotnej.

Osoby, które odpowiadają powyższym warunkom, zechcą zgłosić się pisemnie do dnia 15.V.37 pod adr.: Doc. Dr. Jan Zaorski, Smolna 30, Warszawa.

Zmarli.

Prof. dr. *Hermann Kümmel*, znany chirurg niemiecki zmarł w Hamburgu 19.II.37.

DODATEK BIBLIOGRAFICZNY

Polskie piśmiennictwo chirurgiczne w r. 1936 [1]).

Uzupełnienia oraz wykaz alfabetyczny autorów.

Zestawił Dr. H. Ciszkiewicz (Warszawa).

Wykaz czasopism uwzględnionych w niniejszym zestawieniu:

Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska	(Ch. N. R.) t. IX, z. IV.
Doraźna Pomoc Lekarska	(D. P. L.) Nr. 11 — 12.
Lekarz Kolejowy	(L. K.) Nr. 1 — 4.
Medycyna Praktyczna	(Med. Pr.) Nr. 12.
Pediatria Polska	(Ped. Pol.) Nr. 6.
Przegląd Przemysłu Farmaceutycznego	(Prz. Farm.) Nr. 1.

CHIRURGIA OGÓLNA.

C. K o ś c i, s t a w y, m i ę ś n i e.

351. **Jurewicz Z.** Kilka uwag o zmianach stawowych u krwawców Ch. N. R. t. IX, s. 439—459.

352. **Levittoux H.** Przedoperacyjne lokalizowanie ognisk kostnych. Ch. N. R. t. IX, s. 491—492.

F. W y j a ł a w i a n i e, n a r z ę d z i a, o p a t r u n k i, l e k i.

353. **Sokołowski T.** W sprawie racjonalnej organizacji wytwórczości aparatów do wyjaławiania dla celów chirurgicznych i farmaceutycznych. Prz. Farm. Nr. 1, s. 4—7.

354. **Tymiński J.** Opatrunek osobisty. L. K. Nr 4, s. 209—214.

355. **Tymiński J.** Trójgraniec do nakłucia narządów jamy brzusznej. L. K. Nr. 4, s. 215—218.

[1]) „Chirurg Polski" Nr. 1, 2/36 i Nr. 1/37.

CHIRURGIA SZCZEGÓŁOWA.

A. G ł o w a.

356. **Kolago J.** Przypadek ropnia mózgowia o niezwykłym przebiegu klinicznym. Ped. Pol. Nr. 6, s. 396—399.

D. J a m a b r z u s z n a.

357. **Kossakowska S** Przypadek promienicy wątroby u 10-letniej dziewczynki. Ped. Pol. Nr. 6, s. 387—395.

358. **Szymański A.** Przyczynek do zapalenia otrzewny na tle dwoinek zapalenia płuc. Ped Pol. Nr. 6, s. 400—409.

E. N a r z ą d y m o c z o w o - p ł c i o w e.

359. **Łobacz S.** Przypadek obustronnego wodniaka jądra. Med. Pr. Nr. 12, s. 401—403.

G. K o ń c z y n y g ó r n e.

360. **Latinek - Ciążyńska D.** Dwa przypadki nowotworów złośliwych obojczyka. Ch. N. R. t. IX, s. 461 — 475.

H. K o ń c z y n y d o l n e.

361. **Gruca A.** Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem świeżych złamań szyjki kości udowej zespoleniem podskórnym na podstawie pięcioletniego doświadczenia. Ch. N. R. t. IX, s. 403 — 438.

362. **Kugler A.** Zapobieganie tworzeniu się płaskiej stopy i leczenie tego schorzenia przy pomocy racjonalnego obuwia i wkładek. Ch. N. R. t. IX, s. 477 — 489.

WYKAZ ALFABETYCZNY AUTORÓW.